24,297/B

June 20. 1841

696

~~0512~~

Dup. M.M.S

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

MÉDECINE PRATIQUE.

MANCHESTER * MEDICAL * SOCIETY.

IMPR. ET FONDERIE DE FELIX LOCQUIN ET C^E.,
RUE NOTRE-DAME-DES-VICTOIRES, N° 16.

54800

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

MÉDECINE PRATIQUE

PAR

A. N. GENDRIN, D. M.,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ.

TOME DEUXIÈME.

MANCHESTER MEDICAL SOCIETY

A PARIS,

CHEZ GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17.

A LYON,
Chez SAVY, quai des Célestins, n° 49.

A LONDRES,
Chez H. BAILLIÈRE, 219, *Regent-Street.*

A MONTPELLIER,
Chez CASTEL et SEVALLE.

A LEIPZIG,
Chez BROCHAUS et AVENARIUS, MICHELSEN.

1839.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE

DE

MÉDECINE PRATIQUE.

SUITE DE LA PREMIÈRE PARTIE.

LIVRE QUATRIÈME.

DES MODIFICATIONS MORBIDES DES HÉMORRHAGIES FONCTIONNELLES.

Indication des conditions physiologiques auxquelles sont liées les *hémorrhagies fonctionnelles.*

1089. Les phénomènes qui constituent essentiellement l'hémorrhagie (61), que nous avons décrits à l'état pathologique dans presque tous les principaux organes, se manifestent aussi à l'état physiologique pour l'accomplissement des fonctions de la génération chez les femmes (106). Ils constituent encore des hémorrhagies qui se montrent avec toutes les conditions de leur existence, depuis celles qui préparent l'extravasation du sang jusqu'à celles qui consistent dans cette extravasation elle-même, et même jusqu'à celles qui réparent les effets de cette extravasation (18), ou qui les limitent dans des bornes compatibles avec la conservation de la santé. Ce sont ces hémorrhagies qui varient dans leurs formes et leurs résultats, mais nullement dans leur nature, selon les différents actes physiologiques par lesquels se prépare et s'accomplit la

génération chez la femme, que nous désignons sous la dénomination d'*hémorrhagies fonctionnelles*.

Caractères des hémorrhagies fonctionnelles.

1090. Les hémorrhagies appartiennent donc à des conditions de l'organisme qui se retrouvent également dans l'état de maladie et dans certaines circonstances de l'accomplissement physiologique de quelques fonctions.

Rapports des hémorrhagies fonctionnelles avec les maladies qui se produisent par leurs modifications.

Les caractères spéciaux des hémorrhagies fonctionnelles sont d'appartenir à une condition normale de l'organisme; de se lier à des fonctions temporaires qui ne se produisent qu'à certaines périodes et pendant une certaine durée de la vie des femmes; de s'accomplir par des organes dont la structure est physiologiquement appropriée à leur production.

Définition de ces maladies.

1091. Pour presque tous les organes, qui ne sont affectés d'hémorrhagie que dans l'ordre pathologique, l'état morbide se trouve au-delà des plus larges limites que peut atteindre en eux l'activité de la circulation sans que l'équilibre des actions vasculaires afférentes et efférentes soit troublé de manière à déterminer la congestion et l'extravasation sanguines. Pour les organes génitaux des femmes, par rapport aux hémorrhagies qui se rattachent comme condition normale ou comme résultat nécessaire à l'accomplissement de leurs fonctions, l'état morbide, en quelque sorte plus reculé, ne commence qu'au-delà de tous les phénomènes constitutifs de l'hémorrhagie, et seulement par la manifestation anomale de ces phénomènes. On ne peut donc alors considérer l'état de maladie comme développé que si l'hémorrhagie fonctionnelle, par sa manifestation, par sa durée, ou par l'intensité des phénomènes qui se rattachent à sa présence, ne se trouve plus en rapport avec l'accomplissement régulier des fonctions auquel elle est inhérente.

Les maladies dont nous devons nous occuper ne résultent donc pas, comme celles dont nous avons traité dans les livres précédents, de la seule présence des hémorrhagies, mais

bien de leurs anomalies. Ces anomalies se rapportent soit à la manifestation irrégulière de l'hémorrhagie ou d'une partie seulement de ses éléments constitutifs (19); soit aux phénomènes insolites dont elle peut s'accompagner; soit à l'intensité ou à la forme anomales que peuvent présenter les symptômes qui s'y rattachent habituellement. Elles existent encore quand les phénomènes hémorrhagiques dépassent les limites dans lesquelles ils doivent rester, ou arrivent à d'autres époques que celles qui sont déterminées pour l'accomplissement régulier de la fonction.

De la nécessité de tenir compte de l'état physiologique pour apprécier les causes productrices de ces maladies.

1092. Les hémorrhagies fonctionnelles trouvant leurs causes immédiates dans des conditions physiologiques liées à l'accomplissement des fonctions de la génération chez les femmes, nous rencontrerons de nécessité, dans l'histoire de tous les phénomènes morbides qui résultent de leurs anomalies, l'interposition de ces conditions physiologiques; nous serons obligés d'apprécier leur influence d'après toutes les modifications qu'elles peuvent elles-mêmes éprouver, pour mesurer le degré et l'importance des causes prédisposantes et occasionnelles. Cela nous conduira à discuter, pour apprécier tous les phénomènes qui peuvent se présenter dans ces maladies, plusieurs questions physiologiques qui tirent de la nature, du siège et des effets de ces maladies, une importance toute particulière.

Siège des hémorrhagies fonctionnelles et des maladies qui résultent de leurs anomalies.

1093. Le siège de toutes les hémorrhagies fonctionnelles étant toujours l'utérus, c'est nécessairement toujours dans cet organe, et par suite de modifications dans les fonctions soit de son appareil circulatoire, soit d'un appareil circulatoire annexe, que se produisent les maladies qui doivent nous occuper.

Indication des hémorrhagies fonctionnelles qui surviennent pendant la vacuité de l'utérus et de leurs anomalies morbides.

1094. En considérant d'abord l'utérus dans l'état de vacuité, nous rencontrons pour première forme d'hémorrhagie fonctionnelle qui s'y rapporte, l'hémorrhagie menstruelle qui se reproduit à des périodes régulières pendant une partie de la durée de la vie. Cette hémorrhagie n'a

rien de morbide, mais les conditions physiologiques qui se lient à sa manifestation et à son accomplissement sont peu connues et se rattachent nécessairement aux accidents dont elle est l'occasion, et dont ses dérangements peuvent devenir la cause. Il nous paraît donc indispensable de tracer d'abord l'histoire de la menstruation, dont l'hémorrhagie utérine n'est qu'un phénomène, et d'insister surtout sur les modifications organiques à la présence desquelles elle est liée. Il y a d'assez nombreux rapports entre toutes les circonstances qui se rapportent à cette fonction et les maladies pour que son histoire ne soit pas déplacée dans cet ouvrage. Nous nous occuperons ensuite des maladies qui consistent dans les dérangements ou les anomalies de la menstruation, ou dans les accidents qui se lient à son accomplissement; ces maladies seront désignées collectivement par le nom de dysménorrhées.

Les hémorrhagies intra-utérines qui surviennent hors des limites et des périodes de la menstruation affectent nécessairement l'appareil organique qui accomplit l'hémorrhagie menstruelle, et se trouvent par conséquent soumises jusqu'à un certain point aux conditions spéciales qui se rattachent à la menstruation elle-même. C'est sous ce rapport surtout que ces hémorrhagies sont des modifications de l'hémorrhagie fonctionnelle menstruelle, et doivent être envisagées par nous sous ce point de vue : nous nous en occuperons en troisième lieu sous la dénomination de métro-hémorrhagies.

Lorsque l'utérus passe de l'état de gestation à l'état de vacuité par la parturition, une hémorrhagie marque cette transition, c'est un état physiologique; mais cette hémorrhagie devient la source d'accidents morbides lorsqu'elle est troublée, surtout si elle s'accomplit avec une intensité et pendant un temps insolites; ces accidents appartiennent encore aux métro-hémorrhagies : ils ne doivent point être séparés de ceux qui se rapportent aux autres hémorrha-

gies utérines, car ils se présentent sous les mêmes formes et avec les mêmes phénomènes.

Des conditions physiologiques dans lesquelles se trouve l'appareil vasculaire utérin pendant la grossesse, et des hémorrhagies qui s'y rapportent.

1095. Pendant la grossesse la matrice devient, pour l'accomplissement de la gestation et pour concourir à fournir des matériaux nécessaires au développement du produit de la conception, le siège de modifications physiologiques qui portent principalement sur l'appareil vasculaire de cet organe, aux fonctions duquel sont liées toutes les hémorrhagies fonctionnelles de l'utérus. L'activité augmentée de la circulation dans les vaisseaux utérins pendant la grossesse, l'état d'hyperaimie dont ils sont le siège et qui s'y décèle par des symptômes évidents, prédisposent très immédiatement à la production d'une hémorrhagie. Cet état, évidemment hémorrhagipare, fait naître, quand il est troublé et surtout exagéré, ou quand les adhérences organiques qui empêchent l'extravasation du sang de s'accomplir viennent à être troublées, une hémorrhagie d'autant plus grave dans ses effets qu'elle n'a plus seulement pour résultat de déterminer une simple extravasation de sang intra-utérine, mais qu'elle trouble encore les rapports physiologiques de l'utérus et du produit de la conception qu'il contient. Les hémorrhagies intra-utérines qui surviennent pendant la gestation se lient donc à des modifications de l'état hyperaimique particulier à la matrice dans cette circonstance.

Les modifications morbides hémorrhagipares qui surviennent pendant la gestation peuvent avoir encore une autre forme : un appareil vasculaire spécial s'organise au contact de l'œuf et de l'utérus pour puiser dans le sang utérin les matériaux de la préparation du sang du fœtus; cet appareil vasculaire ne se continue point avec celui de la matrice, et ne reçoit même pas le sang tel que ce dernier le contient; il peut, quand la circulation est modifiée en lui, provoquer des hémorrhagies dont l'origine immédiate se trouve tantôt en lui, tantôt dans l'appareil vasculaire utérin, souvent dans

l'un et dans l'autre à la fois. Ces hémorrhagies sont nécessairement encore des modifications d'un état physiologique qui, s'il ne constitue pas une hémorrhagie fonctionnelle, s'en rapproche au moins par la condition importante de l'existence d'un état d'hyperaimie commun à l'utérus et au placenta, qui a, dans son développement et ses effets, des rapports étroits avec celui des hémorrhagies fonctionnelles. C'est en les envisageant sous ce double point de vue que nous classons parmi les modifications des hémorrhagies fonctionnelles les hémorrhagies qui surviennent pendant la gestation, et qui ont pour résultat de déterminer des extravasations de sang entre l'utérus et le placenta ou dans le tissu placentaire : nous les désignons par la dénomination d'hémorrhagies utéro-placentaires.

1096. Nous traiterons donc successivement : 1° *de la menstruation*, 2° *des dysménorrhées*, 3° *des métro-hémorrhagies*, et 4° *des hémorrhagies utéro-placentaires*.

CHAPITRE PREMIER.

De la menstruation.

Définition de la menstruation.

1097. La menstruation, considérée dans ses résultats apparents, n'est que la manifestation régulière d'une hémorrhagie utérine se renouvelant tous les mois pendant une partie de la vie des femmes. D'après sa nature et la cause immédiate de l'hémorrhagie qui est son principal phénomène extérieur, nous la définissons un acte physiologique qui appartient à l'accomplissement régulier des fonctions génitales chez les femmes pubères, qui se suspend pendant la grossesse et la lactation, et se manifeste principalement à l'extérieur par une hémorrhagie utérine périodique (1119 *et sqq.*).

Art. I. Des phénomènes menstruels extérieurs.

Description des phénomènes menstruels.

1098. Tous les mois, à des intervalles de vingt-six à vingt-huit jours, les femmes pubères ont une hémorrhagie intra-

utérine avec issue du sang par les organes génitaux externes.

Deux ou trois jours avant l'apparition de cette hémorrhagie, la vulve, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, la muqueuse vaginale, présentent une légère tuméfaction, une injection vasculaire prononcée, une chaleur plus vive et de la turgescence, qui s'étendent jusqu'au col de l'utérus. Les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées, légèrement ramollies; son orifice est entr'ouvert et élargi transversalement; l'utérus participe à cet état d'hyperaimie, qui est même plus prononcé en lui que dans les organes génitaux externes (1118); il augmente de volume et s'abaisse au point que son col est plus rapproché de la vulve.

Pendant que les organes de la génération deviennent le siège de ces phénomènes, appréciables à l'exploration directe, la femme éprouve une douleur gravative obtuse dans les lombes, aux aines et dans le bassin; elle ressent aux parties génitales une chaleur insolite; elle se plaint de lassitudes dans les cuisses. Les glandes mammaires augmentent de volume et deviennent légèrement douloureuses au toucher; les vaisseaux mammaires se gonflent et sont plus apparents; les mamelons sont dans un état de turgescence manifeste, et sont le siège d'une chaleur prurigineuse.

Le lendemain ou le surlendemain, ou au plus tard le troisième jour de la manifestation de ces symptômes précurseurs, l'hémorrhagie utérine se manifeste. Le premier jour, il survient par le vagin un léger écoulement sérosanguinolent, qui ne paraît même que par intervalles. Le deuxième jour, le fluide qui s'écoule est moins séreux et paraît d'une manière presque continue. Le troisième jour, c'est du sang qui s'écoule sans interruption. Le quatrième jour, le sang sort en moindre quantité et seulement par intervalles. Le cinquième et dernier jour il ne reste qu'un flux de liquide séreux sanguinolent peu considérable, et ne se montrant que par intervalles.

La turgescence des organes génitaux ne cesse que lors-

que l'écoulement sanguin commence à décroître. Les symptômes d'hyperaimie, que la femme perçoit du côté des organes internes, diminuent dès le premier jour, et sont complètement terminés après le deuxième jour de la manifestation de l'hémorrhagie. Chez beaucoup de femmes abondamment réglées, quelques-uns des symptômes de l'hémorrhagie menstruelle, et principalement ceux qui se rattachent à l'hyperaimie utérine, comme les douleurs lombaires, les douleurs gravatives sur la vessie et sur le rectum, un sentiment douloureux de courbature dans les cuisses, persistent pendant quelques jours après l'hémorrhagie menstruelle.

Modifications des phénomènes menstruels dans l'état de santé.

1099. Nous venons de décrire l'hémorrhagie menstruelle, telle qu'elle se présente chez le plus grand nombre des femmes dans notre climat du centre de la France. La santé est compatible avec de très grandes différences quant à la longueur de l'intervalle des règles, quant à l'intensité des phénomènes précurseurs et concomitants de l'hémorrhagie, quant à la durée de l'hémorrhagie et quant à la quantité de sang dont elle détermine l'extravasation. La menstruation subit sous ces divers rapports chez chaque individu beaucoup de variations par l'influence de circonstances diverses, sans qu'il y ait pour cela d'état pathologique. Ainsi, la quantité de sang menstruel est plus grande chez les femmes qui mènent une vie oisive et qui usent d'aliments succulents et stimulants, de même qu'il suffit d'une diète frugale et aqueuse pour la diminuer. Toutes les causes excitantes qui agissent sur la circulation augmentent l'abondance des règles et en accélèrent souvent la manifestation. Toutefois, il importe de remarquer que, même chez les femmes les plus abondamment réglées, la quantité de sang perdu par les organes génitaux n'est jamais très considérable; il ne faut pas se laisser induire en erreur par les renseignements des femmes qui exagèrent toujours la quantité de sang qu'elles perdent, parce qu'elles ne tiennent pas compte de

la facilité avec laquelle une petite quantité de sang peut pénétrer beaucoup de linges. La quantité moyenne du sang perdu chaque mois par l'hémorrhagie utérine normale n'excède pas quatre onces; de Haen admettait qu'il y avait maladie quand elle allait à huit onces [1].

Qualités du sang menstruel.

1100. Le sang menstruel est toujours liquide, brun, séreux, incoagulable; il ne devient coagulable que lorsque les menstrues se changent en hémorrhagie morbide. Il n'est guère de femme intelligente qui n'ait remarqué l'incoagulabilité et l'aspect séreux ou carbonisé du sang menstruel, et la sortie du sang rouge grumeleux, formant des caillots, quand il survient des pertes. Lavagna a constaté que le sang menstruel contient très peu de fibrine, et par conséquent beaucoup moins d'azote et plus de carbone que le sang tiré des veines [2].

Siège de l'hémorrhagie menstruelle.

1101. Le siège de l'exhalation sanguine menstruelle est presque toujours limité à la surface interne de l'utérus. Haller [3] et Osiander [4] l'ont reconnu par l'observation directe dans des cas de renversement de la matrice; nous avons nous-même eu une pareille occasion de nous en assurer. La facilité d'examiner le col de l'utérus par le speculum met à même de constater que le sang provient toujours de la cavité utérine, mais que cependant il n'a pas toujours que cette seule origine; nous l'avons ainsi vu

[1] De Haen, *Rat. med.* t. III, cap. IV.

Tous les médecins sont d'accord aujourd'hui pour considérer comme exagérée l'évaluation de la quantité du sang menstruel fixée par Hippocrate à deux hémines attiques, c'est-à-dire à vingt onces. Les femmes de la Grèce sont à la vérité plus abondamment réglées que celles de nos climats, mais leurs règles ne sont pas plus abondantes que celles des femmes du midi de l'Europe continentale, qui sont loin de perdre chaque mois une aussi grande quantité de sang. Nous pensons, avec Haller, qu'il y a eu vraisemblablement erreur dans la reproduction du livre du médecin de Cos. (Haller, *Elem. phys.*, T. VII, p. II, lib. XXVIII, . 144.)

[2] Meckel, *Deutsches archiv.*, t. IV, p. 151.

[3] *Elem. phys.*, T. VII, p. II, lib. XXVIII, p. 149.

[4] *Handbuch der Entbindungskunst*, t. I, p. 170.

suinter par gouttelettes du bord interne du museau de tanche entr'ouvert. Dans deux cas que nous avons observés le sang sortait de l'utérus, et suintait en même temps sur toute l'étendue du museau de tanche et sur la muqueuse vaginale à son extrémité supérieure; on pense que ce fluide provient de cette seule partie chez les femmes qui sont réglées pendant la grossesse.

Phénomènes généraux produits par l'influence de la menstruation.

1102. Les phénomènes dont la menstruation provoque le développement ne sont pas toujours exclusivement limités aux organes génitaux: la condition physiologique à laquelle se rattache l'hémorrhagie provoque assez souvent une surexcitation de tout l'appareil vasculaire qui s'exprime par de la chaleur à la peau, revenant comme par bouffées; par de la vitesse et de la fréquence dans le pouls; par des palpitations et une respiration comme anxieuse; par de la pesanteur de tête, des vertiges, des éblouissements, etc. Ces phénomènes, qui sont véritablement des symptômes d'un léger état de maladie, commencent ordinairement un jour ou deux avant les règles, et cessent le plus souvent dès que l'hémorrhagie est établie, ou au moins le deuxième jour de sa manifestation. Chez quelques femmes, qu'il faut considérer comme étant dans un état exceptionnel, ces accidents persistent pendant quelques jours après l'achèvement de l'écoulement du sang par l'utérus.

Le système nerveux éprouve presque toujours aussi l'influence de la fonction menstruelle; on le reconnaît à la susceptibilité nerveuse extrême qui rend les femmes plus sensibles à toutes les impressions morales pendant l'hémorrhagie menstruelle; les organes des sens sont aussi plus irritables et les passions plus impétueuses; il se manifeste quelquefois des accidents spasmodiques pour la moindre cause; l'imagination prend une activité insolite, quelquefois même elle devient désordonnée. Chez les femmes prédisposées aux vésanies, il est rare que les facultés intellectuelles ne soient pas modifiées aux époques mens-

truelles ; chez celles qui sont sujettes à des accidents hystériques ou épileptiques, c'est surtout à l'époque de l'apparition des règles qu'on les voit se renouveler.

Pendant que ces phénomènes s'accomplissent, les femmes présentent extérieurement un aspect de souffrance, un air de langueur qui se montre dans leurs traits, et qui se caractérise surtout par une teinte bronzée autour des yeux, qui sont, comme on dit vulgairement, cernés. Les rides du visage sont plus prononcées ; les yeux sont plus ternes ; le regard est comme languissant ; les mouvements sont plus lents et moins énergiques.

Durée totale de la menstruation.

1103. L'hémorrhagie menstruelle se reproduit pendant trente à trente-cinq années, depuis l'âge de la puberté jusqu'à l'âge critique. On conçoit que sous ce rapport il y a des différences nombreuses, suivant les sujets et selon l'influence plus ou moins active des circonstances dans lesquelles ils passent leur vie. Ces circonstances, et particulièrement celles qui résultent du climat, exercent une grande influence sur l'âge auquel cette hémorrhagie commence à se montrer. Il est vrai que les femmes qui ont été réglées dans un âge moins avancé arrivent aussi plus tôt à l'âge critique ; cependant il n'est pas très rare de rencontrer des femmes qui, ayant été réglées à l'âge de douze ans, le sont encore à cinquante et cinquante-cinq, et par conséquent depuis trente-huit à quarante-trois années.

Modifications de la menstruation aux divers âges.

1104. Considérée dans cette longue période de temps, la menstruation éprouve des modifications qui semblent liées aux divers âges de la vie, et qu'il faut connaître pour bien apprécier où commence et se termine l'état pathologique.

Depuis la puberté jusqu'à l'accroissement achevé du corps, c'est à dire de quinze à vingt ou vingt-deux ans, les hémorrhagies menstruelles se reproduisent fréquemment avec des intermissions et d'une manière irrégulière, quant à la quantité du sang perdu et quant à la durée de chaque

hémorrhagie. La durée et l'abondance des règles sont en général moindres à cette époque de la vie qu'elles le deviendront plus tard.

Quand l'accroissement du corps est terminé, l'hémorrhagie menstruelle présente ses phénomènes au plus haut degré; elle exerce sur la constitution une très grande influence. Quand elle est très abondante, les femmes restent dans un état de maigreur prononcé, et chaque retour de l'hémorrhagie ramène à un haut degré les phénomènes locaux et généraux qui lui sont inhérents (1098, 1102, 1105); les femmes conservent dans les intervalles des époques un état d'excitation des systèmes circulatoire et nerveux qui va jusqu'à constituer un état valétudinaire. Si l'hémorrhagie menstruelle est peu considérable, les femmes prennent de l'embonpoint, et les symptômes de l'hyperaimie utérine et de l'influence qu'elle exerce sur toute l'économie sont peu intenses.

Vers l'âge de trente-six ans, l'hémorrhagie menstruelle devient ordinairement moins considérable, sans cesser d'être régulière. La moindre activité de cette fonction se montre principalement alors par la diminution d'intensité des phénomènes dus à l'influence exercée sur tout l'organisme par le retour de l'hémorrhagie.

La terminaison définitive de la menstruation arrive vers l'âge de cinquante ans; elle est rarement subite, le plus souvent l'absence de l'hémorrhagie pendant plusieurs mois se renouvelle plusieurs fois avant qu'elle cesse définitivement. Assez souvent aussi, lorsque l'hémorrhagie paraît après avoir ainsi manqué, elle détermine une perte de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Chez un petit nombre de femmes, la cessation définitive de la menstruation se prépare pendant deux ou trois ans, par la diminution progressive de l'abondance et de la durée de l'hémorrhagie de chaque mois, qui, néanmoins, continue à se reproduire régulièrement jusqu'à ce qu'elle manque enfin tout à fait.

1105. La manifestation périodique de l'hémorrhagie menstruelle détermine, chez un grand nombre de femmes, des épiphénomènes qui ne sont pas portés toujours à un degré d'intensité suffisant pour constituer des accidents de dysménorrhée ; ils sont tantôt inhérents à la seule menstruation, tantôt ils sont occasionnés par des dispositions pathologiques particulières au sujet. Épiphénomènes menstruels.

(A) Les épiphénomènes inhérents à la seule menstruation sont, particulièrement chez les femmes abondamment réglées, un état comme pléthorique, qui précède les règles pendant plusieurs jours, et qui s'annonce par des étourdissements, des bouffées de chaleur à la tête, des alternatives de rougeur et de pâleur à la face, un sentiment d'agitation extrême, porté quelquefois au point de rendre le sommeil nul ou troublé par des songes pénibles ; d'autres fois c'est un état de somnolence presque continue qui retient les femmes dans une sorte de torpeur. Dans quelques cas, cet état, qui présente évidemment des symptômes de pléthore, s'accompagne de gonflement hyperaimique de la muqueuse gingivale et bucco-pharyngienne, porté au point de produire une vive chaleur dans ces parties, et même une douleur qui peut arriver à un haut degré d'intensité quand la congestion de la muqueuse gingivale s'étend à la membrane alvéolaire; quelques femmes ont alors aussi des hémorrhagies nasales, de la toux avec chaleur dans la poitrine, et même de légères hémoptysies. Plusieurs ont en même temps un gonflement d'hémorrhoïdes, et quelques-unes même ont un flux hémorrhoïdal qui ne se manifeste que dans ces circonstances. On rencontre aussi des femmes chez lesquelles cet état, comme polyaimique, précurseur des règles, s'annonce par une vive injection des capillaires cutanés, évidente surtout dans les parties qui sont physiologiquement pourvues d'une grande quantité de capillaires, telles que les pommettes, la poitrine, les mains, les points de la peau où se trouvent des nœvi,

Ces parties sont comme tuméfiées, et donnent à la femme un sentiment d'ardeur et de formication, ou même d'un prurit pénible. C'est surtout pendant les huit ou dix premières années de la menstruation, ou dans les quatre à cinq années qui précèdent l'âge critique, que ces épiphénomènes se remarquent. Presque toujours, quand ces symptômes ont existé, les femmes deviennent sujettes, après l'âge critique accompli, à des hémorrhagies comme supplémentaires, dont la membrane muqueuse intestinale est le plus fréquemment le siège (426).

La turgescence et l'hyperaimie utérines, qui précèdent immédiatement l'apparition de l'hémorrhagie menstruelle, sont quelquefois portées à un très haut degré, au point qu'il en résulte des douleurs hypogastriques et lombaires, et des symptômes de coliques hystériques, qui augmentent d'intensité quand les femmes marchent ou se tiennent long-temps debout, lorsqu'elles montent à cheval ou qu'elles exercent des mouvements étendus.

Le gonflement et la turgescence des mamelles sont aussi dans quelques cas portés au point de donner lieu à de vives douleurs dans ces organes, et même il survient chez quelques femmes, dans ces circonstances, des douleurs mammaires intenses gravatives ou lancinantes et comme névralgiques.

Les fonctions digestives sont quelquefois troublées par l'influence de l'accomplissement de la fonction menstruelle; ce trouble s'annonce quelquefois par de l'anorexie, une extrême lenteur dans les digestions, et d'autres fois par des vomissements. Plusieurs femmes éprouvent alors des appétits dépravés. Les sécrétions et les excrétions intestinales peuvent aussi devenir irrégulières; chez des femmes, c'est une constipation opiniâtre portée au point de provoquer des coliques stercorales; chez d'autres, c'est au contraire de la diarrhée, souvent jointe à des douleurs de ténesme au moment des évacuations alvines.

Les sécrétions glanduleuses sont assez souvent modifiées au moment de l'imminence et encore pendant la manifestation de la métro-hémorrhagie menstruelle; un grand nombre de femmes rendent des urines aqueuses abondantes pendant les deux ou trois jours qui précèdent leurs règles. Il est rare que cet épiphénomène s'observe pendant les huit à dix premières années de la durée de la menstruation, mais il devient fort commun après cette première période. Quelques femmes éprouvent, comme prodrôme de leurs règles, une salivation incommode; nous n'avons rencontré cet épiphénomène que chez des femmes qui se trouvaient dans les huit ou dix dernières années de leur menstruation.

Les sécrétions tégumentaires se modifient aussi très souvent à chaque retour de l'hémorrhagie menstruelle; quelques femmes ont des sueurs abondantes qui précèdent de quelques jours et accompagnent ces hémorrhagies, et ces sueurs ont quelquefois une odeur ammoniacale prononcée; le plus grand nombre ont au contraire la peau sèche, au point même que des sueurs locales habituelles se suspendent dans ces circonstances.

(B) Les épiphénomènes qui se manifestent, par suite d'une prédisposition morbide antécédente, ont déjà été indiqués pour les symptômes hystériques ou épileptiques qui reviennent principalement aux époques menstruelles (1102). C'est aussi à ces époques qu'on voit se reproduire des symptômes de chorée chez les filles qui ont été affectées de cette maladie. Les femmes sujettes aux hémorrhagies bronchiques, intestinales ou hémorrhoïdaires, sont très fréquemment prises d'accidents de ces maladies aux époques menstruelles, surtout dans les jours qui précèdent l'hémorrhagie utérine périodique. Quand cette dernière hémorrhagie est abondante, elle est au contraire assez souvent suivie d'une amélioration dans ces accidents.

1106. Les règles se suspendent pendant la grossesse et pendant l'allaitement, il n'est cependant pas rare de les voir

Influence de l'état de grossesse et de l'al-

laitement sur la menstruation.

encore se manifester aux deux ou trois premiers mois de la gestation : elles sont presque toujours alors moins abondantes que dans l'état ordinaire. Leur manifestation, pendant la lactation, est aussi suspendue dans le plus grand nombre de cas, au moins pendant les huit ou dix premiers mois de l'allaitement. Quand les règles surviennent chez les nourrices, elles sont ordinairement moins abondantes que dans l'état ordinaire; elles s'accompagnent d'une diminution dans l'activité de la sécrétion mammaire qui persiste pendant leur durée. Le lait alors sécrété est toujours séreux et moins riche en principes nutritifs; on en peut juger par la diminution des granulations que le microscope fait reconnaître dans ce liquide; le lait se rapproche de l'état du colostrum, il acquiert même ordinairement des propriétés laxatives qui se montrent par les coliques et les selles diarrhéiques dont le nourrisson est atteint tant que dure l'hémorrhagie utérine menstruelle. Si les nourrices continuent à être réglées, et surtout si elles le sont abondamment, la quantité habituelle du lait diminue, et ce liquide s'affaiblit dans ses qualités alimentaires; l'enfant maigrit et est insuffisamment nourri. Très souvent, si les femmes continuent à allaiter, le flux menstruel ne se reproduit pas régulièrement, et ne revient qu'à des intervalles éloignés et en petite quantité.

Du rétablissement normal des menstrues après l'accouchement et après le sevrage.

1107. Le rétablissement normal de la menstruation arrive d'ordinaire vers la fin de la sixième semaine après l'accouchement ou après le sevrage; il est rare qu'il arrive à une époque plus rapprochée, surtout après l'accouchement; chez un grand nombre de femmes, il ne survient qu'au bout de neuf à dix semaines, chez beaucoup, même encore plus tard. Le retour des menstrues s'accompagne presque toujours dans ces cas, principalement après l'accouchement, de symptômes d'hyperaimie utérine plus prononcés, et se caractérise par une perte de sang plus abondante que dans l'état ordinaire.

1108. L'habitude de la continence exerce évidemment une influence prononcée sur la menstruation, car les femmes qui vivent dans cet état présentent plus fréquemment que les autres des irrégularités dans les règles, et surtout des épiphénomènes à leur apparition périodique (1105). L'habitude des excès vénériens augmente ordinairement l'abondance des règles et expose les femmes à éprouver, à chaque époque menstruelle, tous les accidents d'une hyperaimie utérine intense; elle détermine aussi une susceptibilité nerveuse qui fait que les retours des menstrues sont souvent marqués par des accidents nerveux (1102).

Influence des actes vénériens sur la menstruation.

1109. Les grossesses, quand elles ne sont suivies d'aucun état morbide utérin, ont le plus souvent pour effet de rendre les hémorrhagies menstruelles plus régulières et plus faciles; en sorte qu'un grand nombre de femmes, habituellement mal réglées, et surtout affectées aux époques menstruelles d'accidents épiphénoméniques presque morbides, ont dû à des grossesses intercurrentes une menstruation moins pénible, plus régulière et plus abondante. Les grossesses qui surviennent avant l'accroissement terminé ont souvent un effet contraire, elles sont fréquemment suivies de dérangements menstruels et de règles difficiles qui persistent pendant long-temps après elles. Les grossesses, assez rares d'ailleurs, qui surviennent vers l'âge critique, suppriment souvent les règles pour toujours.

Influence des grossesses sur la menstruation.

Art. II. Recherches anatomiques sur l'état des organes génitaux internes aux différentes phases de la menstruation.

1110. Toutes les hypothèses qui ont été proposées sur la cause immédiate de la menstruation ne satisfont point l'esprit et ne supportent pas la discusssion, parce qu'aucune ne découle d'observations directes; le seul moyen d'arriver à la vérité était d'interroger l'état des organes génitaux internes dans les différentes conditions qui se rapportent à l'apparition et aux retours périodiques des règles, et de

Moyen rationnel de connaître la cause immédiate de la menstruation.

rapprocher les résultats de ces investigations des différentes circonstances connues auxquelles se rattachent l'établissement, les suspensions temporaires et la cessation définitive de la menstruation.

Recherches anatomiques sur les causes de la menstruation.

1111. Les faits suivants nous ont mis dans le cas de recueillir des observations anatomiques sur l'état des organes pendant la menstruation.

Premier fait. Une femme de 30 ans, chez laquelle on avait remarqué un certain degré de dérangement des facultés intellectuelles aux époques des règles, fut trouvée pendue à la tringle de son lit, le 8 février 1828; son mari déclara qu'elle était à l'époque de ses règles. Nous reconnûmes une injection vasculaire très prononcée de la muqueuse du vagin et du col de l'utérus. La matrice contenait un mucus rouge, évidemment mêlé de sang; son tissu était fort injecté; sa surface interne présentait surtout sur son fond des villosités d'un rouge grisâtre, comme fungiformes, d'une ligne de hauteur au plus, qui ne se distinguaient très bien que sous l'eau. L'ovaire et la trompe droite n'offraient rien d'anomal; il y avait trois vésicules de Graaf entières et peu développées dans cet ovaire, elles étaient à la profondeur d'une demi-ligne à deux lignes sous la surface de l'organe. La trompe gauche était dilatée, au point que son canal avait près d'une ligne de diamètre; il contenait une matière muqueuse rougeâtre, qui se prolongeait dans le pavillon qu'elle remplissait. L'ovaire gauche était injecté à sa surface dans une étendue de trois à quatre lignes, sur le milieu de laquelle on distinguait une déchirure d'une ligne et demie de diamètre, à bords frangés et flottants sous l'eau. Cette déchirure conduisait dans une petite loge, qui eût pu contenir un grain de chenevis, et dont les parois étaient d'un rouge vif; c'était évidemment une vésicule de Graaf rompue. Quatre vésicules, chacune du volume d'un grain de chénevis, existaient à des profondeurs inégales dans le tissu de cet ovaire.

Deuxième fait. Une fille de 19 ans, appartenant à une

famille dans laquelle trois personnes s'étaient suicidées, son grand-père, son oncle et sa mère, était à l'époque de ses règles lorsqu'elle se jeta par une fenêtre d'un quatrième étage et s'enfonça le crâne; elle périt une heure après. La membrane hymen existait. Une très petite quantité de sang demi-liquide se trouvait dans le vagin. La muqueuse vaginale, surtout autour et à la surface du museau de tanche, était injectée; l'utérus contenait du sang liquide mêlé de mucus, ses parois présentaient des villosités très prononcées. Ces villosités, examinées au microscope, étaient rougeâtres et comme fungiformes; leur extrémité renflée ressemblait à celle de certaines moisissures; elles avaient une ligne au plus de longueur; nous n'y distinguâmes pas de vaisseaux. Les trompes étaient remplies de mucus rougeâtre jusqu'au milieu de la longueur de leur canal pour la trompe gauche et pour la droite jusqu'à son pavillon, qui se trouvait appliqué à l'ovaire. La surface de ce dernier organe présentait un lacis de vaisseaux très serré et admirablement injecté. Une petite solution de continuité, comme arrondie, à bords lacérés, conduisait dans une loge qui avait deux lignes de diamètre; le fond et les parois de cette loge étaient d'un rouge livide. Le réseau vasculaire injecté de la surface de l'ovaire devenait plus serré et se fondait dans une teinte rouge uniforme sur une étendue de deux ou trois lignes autour de la petite solution de continuité. Trois vésicules, dont deux du volume d'un grain de chenevis et l'autre à peu près de celui d'une très petite tête d'épingle, se remarquaient sur cet ovaire; les plus grosses étaient presque à sa surface, la plus petite était à peu près à une ligne et demie au dessous. L'ovaire gauche contenait dans son épaisseur, à une profondeur variable d'une demi-ligne à deux lignes, cinq vésicules du volume de grains de millet; il présentait une petite tache jaune très peu apparente, et sur laquelle nous ne pûmes constater aucune trace de cicatrice. Le mucus rougeâtre contenu

dans le pavillon et le canal de la trompe, examiné sous un grossissement de cent cinquante diamètres, ne nous présenta aucun corps organisé.

Troisième fait. Une fille de 27 ans eut le bras arraché dans l'engrenage d'une machine mue par la vapeur. Elle était au troisième jour de ses règles, qui duraient ordinairement six jours. Cette fille fut immédiatement jetée dans un état de stupeur avec délire; ses règles furent supprimées. Dupuytren pratiqua la résection des lambeaux de la plaie. L'état nerveux persista, et la mort arriva trente heures après l'accident. A l'ouverture du cadavre, nous ne trouvâmes pas d'apparence d'injection prononcée de la muqueuse du vagin et du col de l'utérus. La cavité de la matrice contenait une très petite quantité de mucosité sanguinolente; sa surface interne ne présentait que de faibles apparences de villosités situées sur le fond de l'organe. Les trompes, dont les parois étaient comme dans l'état ordinaire, ne contenaient l'une et l'autre qu'une très petite quantité de mucus à peine rosé. L'ovaire droit présentait deux cicatricules évidentes inachevées; l'une de ces cicatricules, déprimée et comme ombiliquée, offrait encore le vestige d'une petite excavation centrale; l'autre était d'une teinte jaune, et l'apparence d'une excavation adjacente ne s'y remarquait plus. Cependant une loge vide, d'une ligne et demie de diamètre, à parois d'un rouge-jaunâtre, se trouvait sous cette cicatricule. Deux ou trois vaisseaux capillaires injectés apparents à la surface de l'ovaire rampaient entre ces cicatricules. Nous trouvâmes cinq vésicules entières de Graaf dans l'ovaire gauche et une seule dans le droit.

Quatrième fait. Une fille de 20 ans fut apportée à l'hôpital Cochin, avec une pleurésie double et une péricardite qui duraient depuis trois jours. Le cinquième jour de sa maladie, cette fille fut prise de ses règles, qui paraissaient à leur époque ordinaire; elles durèrent vingt-quatre heu-

res, et se supprimèrent. La mort arriva le troisième jour après leur apparition. Le vagin et le col de l'utérus ne nous offrirent rien d'insolite. Un caillot de sang demi-coagulé remplissait la cavité utérine. On ne distinguait pas à la loupe de villosités sur les parois utérines; les deux trompes étaient remplies de mucus incolore jusque dans leurs pavillons. L'ovaire droit présentait une petite déchirure d'une ligne environ de diamètre, surmontant une dépression dans laquelle ses bords se confondaient. Cette dépression marquait l'orifice d'une cavité loculaire dilatée, de deux lignes de diamètre environ, dont les parois étaient rouges et semblaient comme tomenteuses à leur surface examinée sous l'eau. Une injection vasculaire entourait, comme une aréole d'une ligne de diamètre, cette petite solution de continuité. Une seule vésicule de Graaf, n'offrant rien d'anomal, se rencontrait dans cet organe. L'ovaire gauche ne présentait aucune trace de cicatricule, ni de vésicule de Graaf; il était d'un volume très petit, ayant à peine la moitié du volume ordinaire, il ne pesait que vingt-trois grains.

Cinquième fait. Une femme de 44 ans avait eu trois enfants avant une attaque d'apoplexie, qui avait laissé une paralysie incomplète du bras gauche et une céphalalgie continue; elle avait régulièrement ses menstrues qui duraient trois jours. Ses règles parurent le 11 juillet; le 12, elle eut un étourdissement, suivi d'une perte de connaissance qui dura une demi-heure; quand elle revint à elle, son bras et sa jambe gauches étaient privés de mouvement, et elle tenait des propos incohérents. Les symptômes suivirent une marche rapidement croissante. Apportée le soir à l'hôpital, elle était sans connaissance, et la respiration était embarrassée; elle mourut à la fin de la nuit. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes un épanchement de sang qui occupait le centre de l'hémisphère droit du cerveau et avait fait irruption dans le ventricule latéral. Le vagin

contenait du sang à demi coagulé; l'utérus en était rempli. Cet organe avait un volume qui nous sembla de moitié plus considérable que dans l'état normal; sa surface interne était couverte de villosités rougeâtres, d'apparence vasculaire très prononcée. La trompe gauche était dilatée et pleine d'un mucus rouge; son pavillon était appliqué à l'ovaire, sur la surface duquel on distinguait une petite déchirure de deux lignes de diamètre; du mucus sanguinolent pénétrait par cette solution de continuité, et remplissait la petite excavation qu'elle surmontait. Cette locule, examinée sous l'eau, paraissait avoir une ligne de profondeur; elle formait le centre d'une injection vasculaire qui n'avait pas moins de quatre à cinq lignes de diamètre. Trois vésicules, du volume d'un grain de chenevis, étaient disséminées dans cet ovaire, et ne présentaient rien d'insolite. L'ovaire droit n'était le siège d'aucune lésion; il contenait deux vésicules à l'état ordinaire.

État des ovaires chez les filles impubères.

1112. Nous avons fait de nombreuses recherches sur l'état des ovaires de jeunes filles mortes avant la puberté, nous n'y avons jamais rencontré la moindre trace des modifications que nous venons d'indiquer. Le développement de l'ovaire est toujours chez elles fort peu considérable. Avant l'âge de dix ans, nous n'avons presque jamais pu constater l'existence du canal des trompes, au moins dans toute sa longueur. On le trouve ouvert, du côté des pavillons, sur une largeur de quelques lignes seulement; il nous a même semblé évident dans quelques cas qu'il formait un cordon plein jusqu'à l'utérus. Deux fois seulement dans un cas, sur le cadavre d'une jeune fille de huit ans, et dans l'autre sur celui d'une fille de neuf ans, ce canal existait pour les deux trompes sur cette dernière, et pour la trompe gauche sur l'autre. Il faut cependant remarquer que ce point de recherche est des plus difficiles, à cause du petit volume des trompes sur ces sujets. Ces conduits sont alors fort petits, ils n'ont aussi que quinze à vingt lignes de lon-

gueur, et leurs parois sont très peu épaisses. Le pavillon est toujours extrêmement peu développé, excepté par son ligament d'attache à l'ovaire, lequel est toujours assez prononcé et plus long qu'il ne le sera à un âge plus avancé, à cause de l'éloignement de l'ovaire de l'utérus; éloignement dû en partie au volume encore très petit de la matrice, et en partie à la position de l'ovaire, qui est de près d'un pouce au dessus de la place qu'il doit occuper vers la région lombaire.

Nous avons constaté constamment dans ces recherches l'absence des vésicules de Graaf dans l'ovaire des jeunes filles impubères, fait déjà reconnu par les anatomistes. L'observation ne nous a présenté sur ce point d'exception que dans trois cadavres de jeunes filles, âgées de plus de douze ans, qui cependant n'avaient pas été réglées et ne présentaient pas les caractères extérieurs de la puberté. Dans ces trois cas, les trompes étaient perforées et avaient avec les ovaires leurs rapports normaux comme dans un âge plus avancé de la vie; ces ovaires étaient encore peu développés; les vésicules étaient profondement cachées dans l'épaisseur de ces organes, et n'avaient que le volume d'une petite tête d'épingle. Nous en avons trouvé de un à quatre dans chaque ovaire.

1113. Nous ne tenons compte que des observations faites sur des cadavres de sujets morts de maladies aiguës, telles que des pneumonies, des péritonites, des angines laryngées, des trachéo-bronchites couenneuses, des encéphalites, etc. Nous avons toujours constaté en même temps les lésions propres à ces maladies aiguës, et nous avons écarté les observations faites sur des cadavres de sujets sur lesquels nous avons constaté des tubercules ou des phlegmasies chroniques, parce que ces maladies, par l'influence qu'elles exercent sur la nutrition, peuvent ralentir le développement normal des organes génitaux (1117).

1114. Les anatomistes sont d'accord pour signaler l'ab- État des ovaires chez les fem-

mes qui ont dépassé l'âge critique.

sence des vésicules de Graaf dans les ovaires et l'atrophie plus ou moins grande de ces organes chez les femmes qui ont dépassé l'âge critique.

L'atrophie de l'ovaire, chez les vieilles femmes, se caractérise surtout par la conversion de cet organe en un tissu cellulaire solide, multiloculaire, avec un épaississement et une condensation en un tissu comme fibreux de cette couche superficielle de l'ovaire que quelques anatomistes considèrent à tort comme une tunique albuginée distincte du tissu ovarique proprement dit. La surface ovarique, ainsi condensée, présente des rides et des anfractuosités irrégulières, sur lesquelles on ne distingue plus les traces des cicatricules jaunes de Graaf évidentes avant l'âge critique. Dans quelques cas, une matière brune-rougeâtre et quelquefois noirâtre, ressemblant à une sorte de pigmentum, colore quelques points de la surface de l'ovaire.

L'ovaire n'est pas le seul organe de la génération modifié chez les sujets avancés en âge, les trompes aussi ont subi des changements; leurs parois sont devenues plus minces; leur canal est évident et même plus large que dans l'état ordinaire avant l'âge critique, mais dans l'extrémité utérine seulement; il se rétrécit vers le tiers de la longueur de la trompe, souvent au point de n'être plus perméable à son extrémité supérieure. Nous nous en sommes assuré deux fois en injectant du mercure de bas en haut; mais, comme à la partie supérieure, les trompes et le pavillon sont amincis et évidemment convertis en un tissu cellulaire peu résistant que l'on sépare même quelquefois avec difficulté de l'ovaire; il est très difficile de constater si le canal de la trompe reste ouvert, par la facilité avec laquelle, dans les six à huit dernières lignes de la largeur de ce canal, le stylet dont on se sert ou l'injection mercurielle peuvent se frayer un chemin dans ce tissu cellulaire.

Résultats généraux des recherches anato-

1113. La dissection des ovaires et des trompes, que nous n'avons presque jamais négligée dans les ouvertures de ca-

davres de femmes pendant plusieurs années, nous a mis à même de vérifier bien des fois sur les femmes menstruées la présence dans l'ovaire des vésicules de Graaf, le siège de ces vésicules d'autant plus rapproché de la surface de l'ovaire qu'elles sont plus volumineuses, la présence de cicatricules qui varient depuis la cicatricule encore rouge, et offrant une injection vasculaire manifeste et une dépression centrale irrégulière, jusqu'à la cicatricule qui n'est plus annoncée que par une teinte jaunâtre et une légère perte de poli de la surface de l'ovaire qui se reconnaît surtout sous l'eau. Toutes les fois que les femmes avaient eu leurs règles de une à plusieurs semaines avant leur mort, ce qui n'est rien moins que rare dans les maladies aiguës, nous avons toujours reconnu que la cicatricule était d'autant plus récente et d'autant plus vasculaire que moins de temps s'était écoulé depuis l'apparition des règles.

miques sur les ovaires des femmes menstruées.

1116. Chez les femmes dont les règles ont été interrompues depuis peu de mois, quelquefois l'ovaire ne contient pas de vésicules, et l'on ne reconnaît à sa surface aucune trace de cicatrice. Le plus souvent cependant on rencontre des vésicules très petites et profondes dans l'ovaire. Deux fois seulement nous avons trouvé dans l'épaisseur de cet organe une cellule de deux lignes de diamètre, à parois très rouges et lisses, remplie d'une matière comme sanieuse d'un brun-jaune, ressemblant à un petit caillot de sang ramolli et à demi décoloré. Des capillaires injectés entouraient ces cellules jusqu'à plusieurs lignes de distance; elles étaient à plus d'une ligne de profondeur dans l'ovaire, et ne paraissaient pas disposées à s'ouvrir à sa surface. Ces deux faits recueillis, l'un sur une fille morte d'encéphalite, après trois mois d'absence de règles, et l'autre chez une femme qui n'avait pas eu ses règles depuis deux mois, et qui se croyait grosse quand elle succomba à un typhus, montraient-ils que des altérations inflammatoires, qui ont probablement leur siège dans ou autour des vésicules de

État des ovaires chez les femmes dont les règles sont interrompues.

Graaf, peuvent se produire dans des vésicules plongées dans l'ovaire et non encore arrivées à sa surface? Ou bien cette disposition des parties serait-elle le résultat d'une modification semblable à celle qui accompagne les règles, qui cependant présenterait cette différence qu'elle ne siégerait pas à la surface de l'ovaire, et resterait ainsi latente? Ces questions ne peuvent être décidées qu'après un plus grand nombre d'observations recueillies dans des circonstances diverses.

État des ovaires chez les femmes dont les règles sont supprimées par des maladies chroniques.

1117. La suppression des menstrues chez les femmes affectées de maladies chroniques, et surtout de maladies tuberculeuses, s'observe très souvent. Dans beaucoup de cas, les femmes en proie à ces maladies ont leurs règles de temps en temps, à des intervalles éloignés, quand la maladie n'est point encore arrivée à sa dernière période; quelques unes conservent leur écoulement menstruel jusqu'à la fin de la vie. Ces trois conditions se retrouvent à l'inspection des ovaires sur les cadavres.

Chez les femmes dont les règles ne paraissent plus depuis long-temps, les ovaires ne contiennent le plus souvent pas de vésicules; dans le plus petit nombre des cas, l'on y en trouve encore une ou deux au plus pour chaque ovaire, ou seulement pour un seul; elles sont très petites, d'une demi-ligne de diamètre au plus, et profondément situées dans l'épaisseur de l'organe. Le plus ordinairement, les ovaires sont chez ces femmes d'un très petit volume et ridés à leur surface, presque dépourvus de vaisseaux et véritablement atrophiés; cette atrophie se reconnaît quelquefois en même temps chez ces femmes au volume excessivement petit des vaisseaux ovariques; elle coïncide toujours avec l'absence complète de vésicules. Nous ne parlons pas des cas assez fréquents dans lesquels nous avons trouvé les ovaires tuberculeux.

Les ovaires des femmes qui ont eu leurs règles par intervalles, pendant leur maladie chronique, contiennent le

plus habituellement des vésicules. Dans un cas récemment observé, où les règles avaient paru six jours avant la mort, il y avait une cicatricule rouge-jaunâtre sur la surface de l'ovaire droit. Jamais dans ces cas les deux ovaires ne sont également atrophiés, fréquemment l'un des deux est seul atrophié, et seul ne contient pas de vésicule.

Les ovaires des femmes qui ont eu leurs règles jusqu'à la fin de leur vie, quoique affectées de maladies chroniques, présentent les mêmes variétés de lésions qu'après les maladies aiguës (1113).

Deux filles, la première rachitique, âgée de 26 ans, et l'autre de 34, ont succombé l'une et l'autre à une maladie du cœur; elles n'avaient jamais été réglées. Nous avons trouvé sur l'une et l'autre les ovaires atrophiés comme chez les jeunes filles impubères.

Conséquences générales des recherches anatomiques sur les organes génitaux internes relativement à la menstruation.

1118. Les observations que nous venons de rapporter sont les unes positives, les autres négatives. Celles-ci acquièrent de leur concordance avec les premières, et du rapport direct qui existe entre l'état des organes et les modifications qui se sont montrées dans la manifestation des phénomènes, une valeur incontestable.

Toutes ces observations anatomiques se réunissent pour montrer que le phénomène de l'hémorrhagie menstruelle est constamment lié à des conditions toutes spéciales qui s'accomplissent dans les ovaires.

Ces conditions sont :

(A) Pour l'aptitude à la menstruation :

1° Le développement normal de l'ovaire et de la trompe qui s'accomplit à la puberté et dure jusqu'à l'âge critique ;

2° La présence dans l'ovaire des vésicules de Graaf, d'autant plus développées qu'elles sont plus voisines de la surface de l'ovaire.

(B) Pour l'existence actuelle de l'hémorrhagie menstruelle :

1° La présence à la surface de l'ovaire d'un ou deux

alvéoles enflammés, résultat évident d'une rupture vésiculaire qui tend à se cicatriser par une phlegmasie réparatrice;

2° La dilatation de la trompe et la position de son pavillon encore très voisin de la surface de l'ovaire;

3° La réplétion de la trompe ou des trompes par un mucus rougeâtre, plus ou moins sanguinolent;

4° La présence dans l'utérus d'un mucus sanguinolent ou de grumeaux sanguins;

5° La manifestation à la surface interne de la matrice de villosités comme fungiformes, peut être vasculaires;

6° Enfin la turgescence du système vasculaire de l'ovaire, de la trompe et même de l'utérus et du vagin, pouvant même être reconnue pendant la vie pour ce dernier organe (1098), de même que la turgescence mammaire.

(C) Pour l'hémorrhagie menstruelle terminée et dans les intervalles des règles :

1° La cicatrisation plus ou moins avancée de l'alvéole ovarique;

2° Les taches jaunes restes des cicatrices achevées, déjà notées par Graaf, mais attribuées par lui à la condition d'une fécondation préalable;

3° Le développement progressif des vésicules de Graaf, et leur rapprochement progressif aussi de la surface de l'ovaire.

(D) Pour l'hémorrhagie menstruelle non encore établie avant la puberté, ou ayant cessé de paraître après l'âge critique :

1° L'absence des vésicules ovariques de Graaf;

2° Le non-développement ou l'atrophie des ovaires et des trompes.

(E) Pour la menstruation devenue irrégulière et souvent interrompue dans la succession des hémorrhagies périodiques :

1° Le petit nombre des vésicules de Graaf et leur éloignement de la surface de l'ovaire;

2° Quand les règles ont paru, la présence de l'alvéole ovarique en voie de cicatrisation plus ou moins avancée, et l'absence de vésicules de Graaf d'un certain développement et déjà voisines de la surface de l'ovaire.

(F) Pour la menstruation supprimée depuis un certain temps par cause morbide :

1° L'absence des vésicules de Graaf, soit profondes, soit superficielles, dans les ovaires;

2° L'atrophie des ovaires et des trompes plus ou moins prononcée.

(G) Pour la menstruation qui ne s'est jamais établie :

L'absence des vésicules de Graaf et l'atrophie des ovaires et des trompes.

Art. III. Des causes prochaines de l'hémorrhagie menstruelle et de la nature de la menstruation.

Résultat général des recherches anatomiques quant à la cause immédiate de la menstruation.

1119. Toutes les recherches anatomiques dont les résultats viennent d'être exposés établissent évidemment que l'hémorrhagie menstruelle n'est qu'un phénomène périodique d'une fonction qui commence à la puberté et finit à l'âge critique. Cette fonction consiste dans la production et le développement des vésicules dans l'ovaire; elle amène périodiquement une vésicule et par conséquent un œuf à maturation à la surface de l'ovaire, pour y être soit expulsé, soit détruit par la rupture et la phlegmasie de la vésicule. Ce dernier acte, étant la terminaison de la formation et de l'évolution de chaque vésicule et de l'ovule qu'elle contient, ne peut être continu; il s'accomplit à des époques régulières : c'est à lui que se rattache la turgescence hémorrhagique de tout l'appareil génital dont l'hémorrhagie utérine menstruelle est le résultat.

La disposition du pavillon de la trompe, trouvé encore en rapport avec l'ovaire (1111, 2e *fait*) pendant la mens-

truation subitement interrompue par la mort violente de la femme; les fonctions bien connues de cet organe comme chargé de recevoir l'ovule devenu libre; l'association synergique de l'utérus et de l'ovaire, marquée dans cette circonstance comme dans les cas de conception, par la turgescence utérine et même par un travail organique spécial à la surface intra-utérine; la présence constante d'une vésicule rompue et à l'état de phlegmasie évidente à la surface de l'ovaire à chaque apparition des menstrues; toutes ces circonstances nous font présumer que dans cette occasion le pavillon reçoit le contenu de la vésicule et le transmet par la trompe à l'utérus.

Il n'est donc pas vrai, et Home l'avait déjà reconnu, que la rupture d'une vésicule ovarienne et par suite l'obstruction de cette vésicule par un travail de cicatrisation, n'arrivent qu'à chaque fécondation. Les alvéoles enflammés de l'ovaire et les cicatrices consécutives se rapportent à chaque apparition d'hémorrhagie menstruelle et non à chaque conception des femmes. La rapidité avec laquelle les lésions physiologiques de l'ovaire s'effacent serait d'ailleurs encore un argument décisif contre cette opinion, puisqu'on trouve des cicatricules en voie de formation chez des femmes réglées qui n'ont pas conçu depuis long-temps (1113).

Les résultats des observations directes sur les femmes menstruées sont confirmés par les faits négatifs recueillis chez les femmes non encore menstruées (1112), ou qui ont cessé de l'être physiologiquement par l'âge critique (1114), ou par des causes morbides (1116, 1117); ils sont concordants avec l'absence, reconnue par tous les physiologistes, des vésicules de Graaf, et par conséquent des ovules, avant le développement de l'ovaire et la puberté (1112), et avec la disparition de ces vésicules et des ovules après l'âge critique (1114). La coïncidence constante de la menstruation avec la présence de ces organes dans l'ovaire établit une relation nécessaire de cause à effet. On voit par là pourquoi

la menstruation indique l'aptitude à concevoir; elle est immédiatement liée à une fonction qui continue dans l'ovaire et qui y amène tous les mois une vésicule et un œuf à maturation(1119).

1120. Il paraît, d'après une des observations précédentes (1111, 3e *fait*), qu'il peut se faire que deux vésicules du même ovaire arrivent en même temps à maturation et s'ouvrent simultanément. Cette circonstance, dans le cas de fécondation, expliquerait les grossesses doubles. Il est remarquable que dans tous les cas qui se sont offerts à nous, la fonction ne s'accomplissait que dans un seul ovaire. Si cette loi était constante, il faudrait en conclure que la maturation de l'œuf exigerait un temps plus long que l'intervalle des règles, et que les ovaires ne la termineraient qu'alternativement; cette induction sera vérifiée par la manière dont s'accomplit la menstruation chez les femmes qui n'ont qu'un ovaire.

Explication de la fécondation de deux œufs par une seule conception, et des fonctions successives de chaque ovaire.

1121. Nous n'avons pas retrouvé l'ovule expulsé dans les trompes ni dans l'utérus. Nous pourions bien supposer que la présence du mucus plus ou moins sanguinolent trouvé constamment dans ces cas dans la trompe qui correspond à l'ovaire, qui est le siège du travail de formation de la cicatricule, serait le résultat du passage de l'ovule; mais ce serait une hypothèse, puisque ce produit peut encore s'expliquer par l'état de turgescence semi-inflammatoire dont la trompe est alors le siège. Cette hypothèse ne deviendrait un fait avéré que si l'ovule avait été réellement retrouvé dans ces cas dans la trompe ou dans l'utérus. Il faut se rappeler que, jusqu'aux observations récentes de Baër et de Coste, les plus habiles anatomistes, Haller [1], Cruikshank [2], Haigton [3], Prévost et Dumas, Hausmann [4], s'accordaient à reconnaître que pendant les premiers jours qui suivent la

De l'impossibilité de reconnaître l'ovule dans les trompes et l'utérus.

[1] *Elem. phys.*, t. VIII, p. 27 et 44.
[2] *Philos. trans.*, 1797, p. 200.
[3] *Philos. trans.*, 1797. p. 265.
[4] *Ueber das Paaren und Verpaaren der Menschen und der Thiere*, 4-9 exp.

fécondation, quand on trouve la vésicule ovarienne rompue, on ne peut constater que la présence de mucus dans les trompes et dans l'utérus; et que récemment Baër[1] et Coste[2] n'ont pu distinguer l'ovule, composé de granulations régulièrement agglomérées, qu'à l'aide d'instruments d'optique très puissants. Valentin a d'ailleurs constaté[3] que l'ovule, dans la vésicule de Graaf, n'excède pas chez la femme le volume de 0,0376, calculé en lignes; il est à peine la vingt millième partie du volume du corps. Est-il nécessaire d'ailleurs que l'ovule soit reconnu directement, quand nous voyons la vésicule rompue et son contenu évacué? lorsqu'il est certain que cette vésicule contient toujours le premier germe d'un nouvel être qui n'acquiert que par la fécondation la faculté de se développer normalement, et lorsque d'un autre côté nous trouvons toujours la disposition du pavillon de la trompe et du canal de cette trompe indispensable pour la possibilité de la transmission de l'œuf à l'utérus, liée aussi à la possibilité de la menstruation par l'état de l'ovaire, sans lequel cette fonction ne s'accomplit pas (1112, 1113).

Cause immédiate de l'hémorrhagie utérine menstruelle.

1122. Si l'on ne peut maintenant douter que l'apparition mensuelle des règles ne se lie à la maturation et à la rupture des vésicules de l'ovaire avec expulsion ou destruction dans les vésicules d'œufs non fécondés, il faut aussi admettre que la cause immédiate de l'hémorrhagie se trouve dans l'état d'hyperaimie de l'utérus et dans une modification qui s'opère sur la surface interne de cet organe, par la manifestation de villosités, d'apparence vasculaire, que nous avons toujours rencontrées dans ces cas. Jean Hunter avait reconnu cette hyperaimie de l'utérus et la facilité avec laquelle le sang transsude sur la surface interne de cet organe après la mort survenue durant la menstruation,

[1] *De ovi mammalium et hominis genesi*, p. 12.
[2] *Recherches sur la génération des mammifères*, p. 25.
[3] *Handbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen*, p. 20.

mais c'est Jœrg[1] qui a le premier signalé la présence dans ce cas sur les parois utérines de villosités d'apparence vasculaires et comme fongueuses. L'hyperaimie de l'utérus et de ses annexes, la formation de villosités à sa surface interne, la turgescence simultanée de tous les organes qui concourent à l'accomplissement de la génération, tous ces phénomènes sont les mêmes que ceux qui se produisent quand il y a fécondation par l'imprégnation spermatique. La similitude ne reste incomplète que par rapport à ce que devient l'ovule : s'il est détruit dans la cellule ovarienne, c'est une disposition spéciale qui n'appartient pas à la conception, et qui serait particulière à la fonction menstruelle; s'il descend dans la trompe et l'utérus, il y aurait cette différence que, n'ayant pas en lui, ou peut-être ne trouvant pas dans l'utérus les conditions qui le font vivre et se développer comme un être à part ainsi qu'il arrive après la fécondation, son adhérence intra-utérine ne se fait pas, et l'hémorrhagie vient l'entraîner au dehors. Dans tous les cas, chaque menstruation correspond à la rupture d'une vésicule ovarienne et à l'expulsion ou à la destruction d'un œuf arrivé à maturation, mais qui n'a pas reçu, soit dans l'ovaire, soit dans la matrice, par l'action fécondante du sperme, le mode de vitalité nécessaire pour adhérer dans l'utérus et continuer de s'y développer.

Résultat de nos observations quant au mode d'accomplissement de la génération chez la femme.

1123. Les observations que nous venons de présenter modifient profondément les opinions admises jusqu'ici sur la génération chez la femme. Elles établissent que pendant tout le temps de la vie que dure l'aptitude à concevoir, il se développe dans l'ovaire des vésicules et des ovules; chaque mois une vésicule arrivée à la surface de l'ovaire devient le siége d'un travail organique que partagent par synergie tous les organes génitaux; le résultat de ce travail est la rupture de la vésicule et la perte d'un œuf non fécondé, soit par destruction ovarienne, soit par expul-

[1] *Grundlinien zu einer allgemeinen Physiologie der Menschen*, p. 177.

sion utérine. Les observations récentes de Valentin et de Bernhardt [1], confirmant ce que l'on n'avait pu établir auparavant que par des inductions si bien déduites qu'elles équivalaient presque à des preuves, ont démontré que les vésicules de Graaf contiennent un ovule dans lequel se trouvent toutes les parties essentielles de l'œuf animal (1121). Comme on trouve en même temps dans l'ovaire des vésicules à différents degrés de développement, l'on ne peut douter qu'elles n'y existent que pendant un certain temps, depuis leur origine jusqu'à leur rupture spontanée qui survient quand leur accroissement et celui de l'ovule qu'elles contiennent est achevé [2]. Cette rupture s'accomplit régulièrement, à intervalles égaux, par un travail organique auquel est liée l'hémorrhagie menstruelle.

Nécessité de distinguer la fonction ovarique de l'hémorrhagie menstruelle.

1124. Si l'on ne peut plus maintenant considérer la menstruation comme ne consistant que dans la manifestation périodique d'une hémorrhagie qui pourrait même se déplacer et s'accomplir par d'autres organes que l'utérus, il faut néanmoins encore distinguer dans les phénomènes menstruels la fonction primordiale ovarique et utérine à

[1] *Symbolæ ad ovi mammalium historiam ante impregnationem*, p. 27.

[2] D'après l'opinion généralement professée jusqu'à ce jour, les vésicules ovariques et l'ovule qu'elles contiennent, n'éprouvant de changements que par l'imprégnation spermatique, resteraient au même état dans l'ovaire chez les femmes qui ne sont pas fécondées. Cet état stationnaire est incompatible avec les variations de volume de ces vésicules dans l'ovaire, avec leur accroissement à mesure qu'elles s'approchent de la surface de cet organe, et avec leur progression vers cette surface, qu'il est si facile de constater. Nos recherches montrent de plus que cette opinion ne peut plus être admise dès qu'il est certain que les vésicules se rompent et se détruisent successivement par un travail organique qui n'est suscité par aucune influence fécondante extérieure. La présence des cicatricules sur l'ovaire, n'étant que le résultat de ces ruptures spontanées et du travail inflammatoire qui répare la continuité de la surface de l'organe, ne peut plus être considérée comme la trace de fécondations antérieures D'après les différents aspects de ces cicatricules depuis leur commencement; après la rupture de la vésicule, où l'on trouve un alvéole enflammé, jusqu'à leur achèvement, où elles ne sont plus que des taches qui pâlissent de plus en plus, il est certain qu'elles tendent à disparaître et ne peuvent bientôt plus être reconnues.

laquelle l'hémorrhagie est liée et cette hémorrhagie elle-même.

La quantité de sang plus ou moins considérable que les femmes perdent à chaque époque menstruelle provient de l'appareil vasculaire utérin. L'hyperaimie et l'extravasation sanguine extérieure sont donc nécessairemeut subordonnées immédiatement à toutes les conditions, soit physiologiques, soit morbides, dans lesquelles peut se trouver cet appareil vasculaire. La métro-hémorrhagie menstruelle dépend donc nécessairement d'une manière directe, pour sa quantité, pour sa durée et pour les phénomènes dont elle s'accompagne, de toutes les conditions qui font varier et qui modifient l'hyperaimie dans l'utérus. C'est pourquoi toutes les causes qui agissent sur la circulation utérine exercent sur la manifestation de cette hémorrhagie une très grande influence.

Causes immédiates des différents phénomènes menstruels.

1125. La cause occasionnelle de la reproduction menstruelle de l'hémorrhagie se trouve dans la fonction qui s'accomplit principalement et qui commence dans l'ovaire; fonction à laquelle concourent, chacune selon son mode de participation à la génération, toutes les parties de l'appareil génital; savoir : les ovaires, les trompes, l'utérus, le vagin, et jusqu'aux mamelles. La cause occasionnelle de l'hémorrhagie menstruelle, isolément considérée, se trouve dans l'état de l'appareil vasculaire utérin. Les causes prédisposantes et déterminantes qui modifient son intensité et les symptômes qui se rattachent directement à sa présence, comprennent les agents qui peuvent influencer médiatement ou immédiatement l'appareil vasculaire utérin.

On ne peut donc se rendre raison de tous les phénomènes menstruels, qu'en séparant par l'analyse les éléments étiologiques des différents actes de cette fonction. En procédant ainsi, l'on ne se bornera plus à considérer l'hémorrhagie menstruelle et toutes les conditions qui se rapportent à son origine immédiate dans l'appareil vasculaire de la matrice,

comme constituant toute la menstruation ; on tiendra compte avant tout de l'acte initial qui s'accomplit dans l'ovaire, et de la loi qui règle les phases progressives et la durée de cet acte, puisqu'il est la condition première et essentielle de la fonction à laquelle appartient l'hémorrhagie utérine menstruelle.

Mais là ne doit pas encore se borner pour le médecin l'analyse des phénomènes menstruels. Pour saisir à la fois tous les éléments constitutifs et les effets de la menstruation, il faut qu'il considère aussi son influence sur l'organisme en entier; c'est surtout à l'hémorrhagie périodique qui appartient à cette fonction qu'elle est due. Elle introduit dans l'organisme une habitude d'hémorrhagie comparable à l'habitude de toute autre perte de sang qui fait naître une disposition procathartique à la pléthore et aux hyperaimies hémorrhagiques (113); elle exerce de plus sur toute l'économie une action évidente, liée et proportionnée aux rapports qui rattachent les organes par lesquels elle s'accomplit à tous les principaux appareils de l'organisme et principalement aux centres nerveux. C'est à cette action spéciale que se rapportent comme effets la plupart des phénomènes menstruels qui ont leur siége dans des organes très divers, et qui sont variables selon les circonstances et les individus. Ces phénomènes, évidemment indépendants de l'abondance et de la durée de l'hémorrhagie menstruelle, comprennent tous les accidents nerveux et toutes les altérations fonctionnelles qui s'observent si souvent à chaque retour des règles, dans des parties différentes qui n'ont aucun rapport direct avec les organes génitaux (1102, 1105).

Causes spéciales des déviations menstruelles.

1126. En tenant compte de ces divers modes d'influence exercés d'une manière habituelle et pendant long-temps sur l'économie, par un acte pérodique qui détermine des pertes de sang et qui agit sur la plupart des grandes fonctions, on se rend raison de tous les accidents qu'on comprend

sous la dénomination de déviations menstruelles. Ces déviations, qui arrivent après l'interruption des règles, consistent dans des hémorrhagies, des hyperaimies, des congestions inflammatoires sur divers organes, qui se reproduisent pendant un certain temps d'une manière périodique, comme le faisaient les menstrues elles-mêmes. On comprend facilement la possibilité, après l'interruption de la fonction ovarique menstruelle, d'une reproduction de l'hémorrhagie selon le type périodique habituel de la menstruation, au moins pendant un certain temps. On conçoit de la même manière que, dans ces cas, l'utérus n'appelant plus sur lui au même degré, par suite de la suspension de l'influence physiologique qui lui venait de l'ovaire, la fluxion et l'hyperaimie hémorrhagique, l'hémorrhagie affecte d'autres organes qui se trouvent dans des conditions favorables pour sa reproduction. Enfin, l'on s'explique les reproductions dans l'économie à des intervalles plus ou moins réguliers des phénomènes sympathiques qui accompagnaient la manifestation des règles actuellement suspendues. Pourquoi ne verrait-on pas, après l'interruption accidentelle ou normale des actes menstruels, se reproduire, sous la seule influence d'une habitude contractée, une partie des phénomènes que ces actes ramenaient périodiquement? Cette reproduction arrive après l'interruption de presque tous les actes organiques normaux ou anomaux qui ont duré assez long-temps pour habituer l'organisme à leur présence et surtout au renouvellement périodique de leurs phénomènes; et cependant, la plupart de ces actes n'exercent pas sur l'économie une influence comparable à celle de la menstruation.

Caractère commun des accidents qui se rattachent aux dérangements de la menstruation.

1127. Comme fonction de l'état normal, la menstruation peut être modifiée dans les différents phénomènes qui se rattachent à son accomplissement, de manière à déterminer des accidents qui constituent un état de maladie. Quelque variés que ces accidents paraissent dans leurs formes et leur

intensité, ils sont identiques par leur cause immédiate, l'irrégularité et les anomalies de la fonction menstruelle; c'est pourquoi nous les comprenons sous la dénomination commune de dysménorrhées. Pour les dérangements que la menstruation subit par la présence des différents états pathologiques, nous ne les considérons pas à part, pas plus que nous ne traitons spécialement des dérangements qui surviennent dans les autres fonctions, comme phénomènes symptomatiques des différentes maladies; toutefois, comme les phénomènes menstruels et leurs anomalies peuvent modifier la thérapeutique des maladies, nous croyons utile de traiter spécialement des principales indications thérapeutiques qui résultent de leur présence.

Art. IV. Des indications thérapeutiques relatives à la menstruation dans les maladies.

Nécessité de considérer les indications thérapeutiques qui résultent de la menstruation sous un nouvel aspect.

1128. Les indications thérapeutiques qui peuvent découler des différentes circonstances qui se rapportent à la menstruation dans les maladies ont été jusqu'ici interprétées par les médecins en ne la considérant que comme la manifestation d'une métro-hémorrhagie périodique, dont l'accomplissement régulier est une condition de l'état de santé. Du point de vue où nous avons été amenés par nos observations, la menstruation n'est pour nous qu'une fonction des organes génitaux qui commence et s'accomplit principalement dans l'ovaire, l'hémorrhagie périodique n'en est qu'un phénomène intermittent (1125). La conséquence de notre manière de voir est que toutes les indications qui reposent sur le fait de l'hémorrhagie menstruelle, et qui sont de même ordre que toutes celles que pourrait fournir toute autre hémorrhagie habituelle, sont nécessairement trop restreintes dans leur source, et par conséquent souvent mal fondées, puisqu'elles ne sont déduites que d'un phénomène de la menstruation et qu'elles ne tiennent pas compte de ses conditions principales et essentielles.

1129. Les circonstances dans lesquelles se présentent, pour la curation des maladies, des indications thérapeutiques relatives à la menstruation, sont l'absence des règles ou l'aménorrhée, l'hémorrhagie menstruelle trop peu abondante, la suppression de cette hémorrhagie et la présence de cette hémorrhagie pendant le cours des maladies.

Circonstances de la menstruation qui fournissent des indications thérapeutiques spéciales.

1130. L'absence des règles, ou l'aménorrhée, n'étant que l'absence du phénomène principal par lequel se caractérise l'accomplissement normal de la menstruation, est nécessairement liée à l'état de l'ovaire et à l'influence exercée sur cet organe, peut-être par le système nerveux, et certainement par le système circulatoire, considéré non-seulement dans l'action des appareils de la circulation, mais aussi dans l'action du sang, comme stimulant et aliment immédiat de tous les actes organiques. Aussi voit-on l'absence des règles se montrer comme symptôme, après les ébranlements moraux ou dans les maladies qui affaiblissent à un haut degré les fonctions du système nerveux; dans les maladies aiguës et chroniques des ovaires; dans les différentes cachexies aiguës et chroniques qui jettent le système circulatoire dans un état d'atonie prononcé, soit en agissant sur ses organes constitutifs, soit en modifiant l'état du sang; le même résultat s'observe aussi dans les oligaimies produites par des hémorrhagies artificielles ou morbides, etc. L'absence des règles dans ces circonstances est complète ou seulement imparfaite. Dans le premier cas, l'hémorrhagie menstruelle périodique n'arrive pas, et l'on ne voit survenir aucun des phénomènes qui se rapportent à la menstruation : il est probable qu'alors la fonction ovarique est suspendue. Dans le second cas, l'hémorrhagie périodique menstruelle est si peu considérable qu'elle ne fait que s'annoncer, soit par l'écoulement d'une petite quantité de sang, soit par la perte d'une sérosité sanguinolente qui dure plus ou moins; la fonction ovarique s'accomplit : ce n'est que la fluxion hémorrhagipare utérine secondaire

Conditions pathologiques auxquelles se rapporte l'aménorrhée.

qui est lésée; aussi tous les autres phénomènes menstruels surviennent-ils; ils se montrent même quelquefois avec une intensité extrême, rendue plus grande encore par le développement d'épiphénomènes nerveux.

Sources des indications thérapeutiques dans les cas d'aménorrhée.

1131. Les indications thérapeutiques qui peuvent résulter de l'amenorrhée se rapportent à l'absence de la fonction ovarienne par une cause morbide; elles doivent se déduire de cette circonstance et nullement de la non-apparition de l'hémorrhagie mensuelle utérine qui ne survient pas, parce que la condition physiologique première, de laquelle seule résulte son opportunité, ne s'établit pas. On n'obtiendrait dans ces cas aucun résultat utile de toute médication qui serait dirigée dans le seul but d'appeler sur l'utérus le molimen hémorrhagique, et de favoriser l'établissement de l'extravasation sanguine intra-utérine. Il en serait de même d'une médication qui n'aurait pas pour effet direct d'agir sur la cause morbide primitive, dont l'absence de la fonction ovarienne n'est que l'effet; si même cette médication avait pour résultat d'augmenter l'état cachectique, ou l'oligaimie, ou l'état morbide de l'ovaire, elle serait souvent nuisible.

Le médecin n'a autre chose à faire, dans les aménorrhées dont il s'agit, que de traiter la maladie primitive, sans s'occuper de l'absence des règles, qui n'est qu'un symptôme secondaire qui ne fournit par lui-même d'autre indication que celle de porter l'attention sur l'état morbide primitif et sur l'influence qu'il exerce dans l'organisme. On ne saurait trop fortement s'élever contre la facilité avec laquelle des médecins, attribuant, dans ces cas, à la non-apparition des règles des phénomènes morbides qui dépendent, comme cette aménorrhée elle-même, d'un état morbide antécédent, prescrivent des émissions sanguines locales vers l'utérus ou des excitants emménagogues qui ne font qu'aggraver la maladie. Toutefois, si la nature de l'affection primitive ne la con-

tr'indique pas, parce qu'elle serait aggravée par leur effet immédiat, l'administration prudente des emménagogues qui agissent sur l'appareil vasculaire utéro-ovarique a beaucoup moins d'inconvénients que les émissions sanguines, principalement quand il y a un état d'oligaimie, ou de cachexie, et surtout de cachexie chlorotique. On la seconde utilement par l'emploi des moyens qui appellent dans l'appareil vasculaire utéro-ovarique une plus grande activité circulatoire, tels que les topiques irritants sur les extrémités inférieures et sur le pourtour du bassin.

L'absence des règles survenant par des maladies qui n'entraînent pas un état cachectique peut indiquer des émissions sanguines, non dans le but de produire le retour de la menstruation, car l'utérus n'est pas le siége primordial de cette fonction, mais pour suppléer à l'hémorrhagie utérine suspendue, et satisfaire ainsi à un besoin de déperdition sanguine né de l'habitude des hémorrhagies antérieures. On conçoit que cette indication ne se présente pas chez les jeunes filles qui n'ont point été réglées ; il ne devient guère nécessaire chez elles de provoquer par l'art des hémorrhagies vers le système vasculaire utéro-vaginal que pour combattre soit un état pléthorique, soit des hyperaimies qui peuvent survenir dans divers organes. L'imminence des hémorrhagies menstruelles que l'ordre physiologique tend à établir à cette période de la vie par l'utérus, indique d'agir alors sur cet organe plutôt que sur d'autres.

Sources des indications thérapeutiques dans les cas de menstruation incomplète.

1132. Lorsque pendant le cours d'une maladie la menstruation annonce son accomplissement par une apparence d'hémorrhagie utérine, ou par les autres phénomènes périodiques de cette fonction, et surtout par des symptômes épiphénoménaques plus ou moins intenses, les malades sont dans un véritable état de dysménorrhée qui n'a cependant pas le plus souvent une intensité telle qu'il faille le considérer comme une complication réelle de l'état morbide primitif. Les indications thérapeutiques qu'il fournit

restent alors subordonnées à celles qui découlent de cet état morbide; elles n'en sont pas moins urgentes et elles ne peuvent être rationnellement remplies que par une appréciation exacte des phénomènes.

Les plus simples de ces phénomènes, et les plus faciles à reconnaître, sont ceux qui se trouvent dans l'état de l'utérus; cet organe peut être dans un état d'hyperaimie presque inflammatoire qui, par son intensité même, met obstacle à la manifestation facile de l'hémorrhagie qui serait son mode de terminaison naturel. On le reconnaît aux douleurs gravatives éprouvées par les femmes aux lombes, à l'hypogastre ou dans les aines, pendant les mouvements, par la station, par l'acte d'excrétion des urines et des fèces, à un sentiment de chaleur aux organes génitaux, etc. Une saignée à la fois spoliative et dérivative est alors indiquée et suffit le plus souvent pour déterminer, soit l'apparition de l'hémorrhagie utérine, alors toujours utile, soit la cessation des accidents utérins. Dans les cas où l'état général oblige de ménager le sang des malades, on se borne à une saignée locale à l'hypogastre, aux aines ou à la vulve. On arrive quelquefois au même résultat en s'en tenant aux moyens qui sont propres à diminuer l'orgasme utérin et à relâcher en quelque sorte par leur action émolliente les vaisseaux de la matrice, tels que les bains généraux ou les bains de siége, les applications émollientes sur le ventre, des fumigations vaginales aqueuses, etc. Chez les femmes très débiles, et surtout chez celles qui nonobstant cet état de l'utérus sont dans un état cachectique, et spécialement dans l'état de chlorose, ces derniers moyens doivent être d'abord prescrits; ils n'ont pas, comme les émissions sanguines, l'inconvénient de diminuer la masse du sang, et d'ajouter encore à l'état morbide général auquel il ne manque qu'un plus haut degré d'intensité pour supprimer tout à fait la menstruation.

Sources des indications thé-

1153. Les apparences de l'hémorrhagie utérine mens-

truelle se montrent quelquefois en même temps que les phénomènes généraux de la menstruation portés au point de déterminer de véritables accidents morbides par leur intensité, sans que l'utérus présente aucun signe d'hyperaimie et de cet état de turgescence dont nous venons d'apprécier l'importance comme source d'indications thérapeutiques spéciales. On trouve fréquemment alors des phénomènes d'hyperaimie vers quelque organe plus ou moins éloigné de l'utérus, soit vers la tête ou vers les muqueuses nasale, pulmonaire, gastrique, ou même sur quelques parties extérieures du corps (546), etc. L'indication directe à remplir alors rentre dans celle qui se rapporte au traitement des dysménorrhées hémorrhagiques (1189 *et sqq.*); elle prescrit de diminuer cette hyperaimie anomale et de favoriser la manifestation de l'hémorrhagie utérine. On a alors le moyen d'agir à la fois sur les parties frappées d'hyperaimie, par les saignées dérivatives, et sur l'utérus qui devait être le siége de la congestion hémorrhagique, par l'évacuation du sang de ses vaisseaux. Cette saignée locale a pour résultat d'activer la circulation utérine et de favoriser ainsi l'établissement d'un mouvement fluxionnaire qui supplée à l'hémorrhagie, quand il ne la détermine pas. Les topiques irritants, sur les extrémités abdominales, agissent dans le même sens et deviennent dans ces cas des moyens adjuvants très utiles, et même ils constituent les moyens principaux si l'on craint que les émissions sanguines n'augmentent un état de cachexie ou d'oligaimie déjà existant.

rapeutiques dans les cas d'épiphénomènes menstruels.

1134. Il n'est pas très rare de voir dans ces cas, chez les femmes cachectiques, se manifester des épiphénomènes qui ne peuvent se rapporter à aucune hyperaimie anomale qui indique des émissions sanguines et des moyens dérivatifs. Ces épiphénomènes consistent dans des accidents nerveux d'une plus ou moins grande intensité, portant soit sur le système nerveux de la locomotion ou des perceptions, soit sur les facultés intellectuelles. La médication ne peut

Indications qui résultent des épiphénomènes menstruels dans les cachexies.

être alors utilement dirigée vers le but d'obtenir une augmentation dans l'hémorrhagie utérine, dont la faiblesse est expliquée par l'état général du sujet; elle doit n'avoir en vue que d'atténuer l'influence exercée sur l'organisme par la fonction ovarique, influence qui est fréquemment augmentée par des émissions sanguines. Les antispasmodiques sédatifs, et spécialement l'application du froid à la peau par les bains et les affusions froides, ont souvent alors les résultats immédiats les plus utiles. La crainte mal fondée d'arrêter l'hémorrhagie utérine a seule empêché de reconnaître l'utilité de ces moyens, en éloignant de les prescrire. L'opium est ensuite, parmi les antispasmodiques sédatifs, le médicament qui mérite le plus de confiance; nous l'avons souvent trouvé efficace, et nous ne l'avons jamais vu déterminer d'accident. Nous le préférons à l'assa fœtida, que la plupart des médecins conseillent dans ces circonstances, bien que nous ayons aussi eu quelquefois à nous applaudir de son administration.

Indications qui naissent du trouble de l'hémorrhagie utérine menstruelle par l'invasion d'une maladie aiguë.

1135. L'invasion d'une maladie aiguë à l'époque des règles a souvent pour résultat de supprimer rapidement l'hémorrhagie utérine, le plus ordinairement elle ne fait que diminuer son abondance et abréger sa durée.

Dans tous les cas il peut en résulter un état de pléthore général, nécessairement lié à la suspension subite d'une perte de sang à laquelle l'organisme était habitué, et à l'accomplissement de laquelle il s'était pour ainsi dire préparé. Cet état de pléthore, qui rend si faciles les hyperaimies hémorrhagiques et inflammatoires, fait sentir plus spécialement son influence sur les organes qui deviennent le siége de la maladie intercurrente; d'autant plus que cette maladie a véritablement agi, par rapport à l'utérus, dans le sens d'une véritable dérivation qui a fait cesser l'hyperaimie utérine et par suite la métro-hémorrhagie. L'indication qui se présente la première à l'esprit est celle de combattre par des émissions sanguines plus actives la pléthore

et l'hyperaimie morbides exaspérées par cette circonstance ; mais faut-il diriger ces émissions sanguines vers les organes génitaux pour rappeler l'hémorrhagie utérine? On agit souvent dans ce sens, mais c'est presque toujours inutilement : la fonction menstruelle ne consiste pas seulement dans l'hémorrhagie utérine, sa condition essentielle et primitive, le travail organique qui s'accomplit dans l'ovaire était terminé quand l'hémorrhagie a été interrompue par l'état pathologique intercurrent, et nos moyens de traitement, qui peuvent suppléer à l'insuffisance de l'hémorrhagie et atténuer les effets fâcheux de sa suppression, ne peuvent rétablir la condition physiologique à laquelle cette hémorrhagie était liée comme effet. Aussi, l'expérience apprend-elle que, dans ces cas, les émissions sanguines dirigées vers les organes génitaux ne sont pas plus avantageuses que toute autre saignée ; elles sont toujours moins immédiatement utiles que celles qui sont pratiquées directement en vue de combattre l'état pléthorique et l'affection morbide intercurrente. Les saignées générales et les saignées locales qui se rapportent aux organes directement affectés doivent être alors les principaux moyens de traitement.

Lorsque les phénomènes menstruels en voie d'évolution sont seulement diminués, quant à l'hémorrhagie utérine qui en fait partie, par l'invasion d'une maladie intercurrente, la fonction physiologique des organes génitaux persiste à s'accomplir, parce qu'elle n'est pas de nature à cesser instantanément, comme une simple hyperaimie hémorrhagique, sous l'influence d'une dérivation d'origine morbide ; elle n'est diminuée que dans le phénomène de la métro-hémorrhagie, et il en peut résulter tous les inconvénients qui surviennent par l'interruption d'une hémorrhagie habituelle (114). Les indications sont dans ce cas de même nature que dans le précédent, seulement on ne doit pas négliger l'indication précise qui résulte de la per-

sistance de l'état menstruel, pour agir vers les organes génitaux de manière à appeler sur eux le molimen hémorrhagique au détriment de l'état morbide que l'on a à combattre. Les saignées locales vers les aines, à la vulve, secondées dans leurs effets par les topiques irritants sur les extrémités, augmentent l'hyperaimie et l'hémorrhagie utérines, ou au moins suppléent à l'insuffisance de la perte de sang, et contribuent puissamment à prévenir tous les inconvénients que produirait la perturbation secondaire de la métro-hémorrhagie menstruelle. Tout en satisfaisant à ces indications précises, il importe de ne pas négliger les émissions sanguines générales qui peuvent être indiquées par un état de pléthore ou par les accidents morbides locaux. Ces émissions sanguines sont trop souvent repoussées dans ces cas par la crainte d'intervertir la menstruation. Comme elles ne peuvent agir que sur la métro-hémorrhagie, qui n'est qu'un des phénomènes de la menstruation, et qu'elles ne peuvent faire cesser l'état physiologique principal qui s'accomplit dans l'ovaire, cette crainte n'est point fondée; aussi voit-on le plus souvent, sous leur influence, non-seulement la menstruation continuer, mais même l'hémorrhagie menstruelle devenir plus abondante, parce que la saignée a atténué l'état pathologique qui tendait à l'affaiblir et à la troubler.

Inconvénients de la crainte conçue mal à propos de troubler la menstruation par l'emploi de certains moyens thérapeutiques.

1136. La crainte de troubler la menstruation, et de déterminer ainsi des accidents, porte souvent à suspendre ou à ajourner l'emploi de moyens thérapeutiques indiqués. Cette crainte n'est pas fondée dans la plupart des cas; heureusement que l'expectation qu'elle suggère n'a presque jamais d'inconvénients. La manifestation des règles dans les maladies aiguës indique le plus ordinairement soit un état morbide d'une faible gravité qui ne modifie pas profondément l'organisme, soit une propension à la conservation ou au rétablissement de l'équilibre de toutes les fonctions qui annonce l'imminence du décroissement de la maladie

Dans les maladies chroniques, les cas qui exigent l'emploi urgent de remèdes actifs sont très rares, et l'on peut presque toujours sans danger retarder de quelques jours l'administration des moyens thérapeutiques, d'autant plus que presque toujours la thérapeutique de ces maladies, pour être efficace, doit être lente, prolongée et chronique, comme la maladie qu'on a à combattre. Toutefois, comme il est des cas dans lesquels il importe d'agir immédiatement, il faut que le médecin apprécie les indications qui résultent de la manifestation intercurrente des règles pour l'emploi des moyens thérapeutiques par lesquels on satisfait dans les maladies à ces indications urgentes. Ces moyens sont peu nombreux : les principaux sont les émissions sanguines, les émétiques et les cathartiques, les narcotiques et les fébrifuges.

Influence des émissions sanguines sur la menstruation.

1137. Les émissions sanguines, quand elles ne sont pas pratiquées avec une abondance suffisante pour jeter les malades dans un état d'oligaimie complet, n'exercent aucune influence nuisible sur le flux menstruel; elles rendent même quelquefois les règles plus abondantes, surtout lorsque la menstruation s'accompagne, comme il arrive souvent dans les maladies aiguës, de symptômes très prononcés d'hyperaimie utérine ou d'hystéralgie (1150). Mais rendissent-elles les règles moins abondantes, ce qui arrive en réalité le plus souvent par la saignée, on ne conçoit pas quelle influence nuisible il pourrait résulter de cet effet d'un moyen qui agit directement de manière à prévenir l'hyperaimie locale ou la pléthore, qui pourraient être la suite de la suppression de l'hémorrhagie utérine. Ajoutons que les états pathologiques que l'on combat par la saignée dans ces circonstances, exercent eux-mêmes sur l'hémorrhagie menstruelle une influence bien plus directement nuisible, car ces états morbides, étant de leur nature propres à déterminer des hyperaimies locales hémorrhagiques et inflammatoires, appellent sur les parties qu'ils affectent toute

l'influence de l'état pléthorique et du molimen hémorrhagique qui se manifestent habituellemeut avec les règles. Bien loin donc de rejeter la pratique des saignées pendant les règles, nous tirons même de leur présence une indication plus forte encore pour avoir recours aux émissions sanguines, dès qu'elles sont indiquées par l'état morbide principal à un degré tel qu'il n'est pas probable que l'hémorrhagie menstruelle puisse remplacer la saignée comme une sorte de crise. Nos observations cliniques ne nous ont jamais fait remarquer d'inconvénient de cette manière d'agir, qui nous est habituelle [1].

Influence de l'action des émétiques et des cathartiques sur la menstruation.

1138. L'administration des émétiques et des cathartiques est bien rarement d'une telle urgence qu'il faille la prescrire, au risque d'exercer une influence fâcheuse sur la menstruation; toutefois on rencontre quelques circonstances dans lesquelles l'état pathologique, auquel ces moyens peuvent remédier, menace si directement la vie, et exerce même sur la manifestation de la métro-hémorrhagie menstruelle une influence si grande, qu'il ne faut pas hésiter à recourir immédiatement à leur administration. Dans les empoisonnements, où l'on ne peut supprimer l'action toxique de la substance ingérée qu'en l'expulsant du tube digestif, il ne faudrait pas s'arrêter devant la considération du danger de déranger la métro-hémorrhagie menstruelle. Nous avons été dans le cas d'agir récemment de cette manière sur une fille qui s'était empoisonnée avec du laudanum, pendant l'écoulement de ses règles. Des vomissements réitérés et des selles nombreuses, provoqués par le tartrestbiié, ne les ont point dérangées. Nous comptions, si cela fût arrivé, recourir ensuite aux émissions san-

[1] Van Swieten ne s'arrêtait pas dans la pratique de la saignée à cause de la présence des règles, au moins dans les maladies thoraciques aiguës : *nec abstinui a venæsectione, si respiratio multum impedita erat, licet menstruæ fluerent, et bono quidem cum successu.* (Comment. in aph. 890, p. 35, t. III, édit. de Paris, 1754.)

guines : il valait mieux risquer de troubler la menstruation que de laisser cette fille exposée aux suites de l'absorption du poison ingéré dans l'estomac.

1139. Dans les accès violents et opiniâtres de dyspnée dus à l'emphysème pulmonaire, l'hémorrhagie menstruelle devient quelquefois plus abondante et plus prolongée que dans l'état ordinaire. Il est alors indispensable de recourir promptement aux moyens qui peuvent diminuer cette excessive dyspnée, non-seulement parce qu'elle occasionne une vive souffrance aux malades, mais aussi à cause de l'hémorrhagie utérine qui peut sous son influence se convertir en perte de sang ou passer à l'état chronique, et dégénérer ainsi en une véritable maladie. L'efficacité des émétiques, contre ces accidents asthmatiques, est un fait thérapeutique si bien établi pour nous, que nous n'hésitons pas à y recourir dans ces cas, sans nous préoccuper de la crainte d'augmenter ou de déranger l'hémorrhagie concomitante. L'expérience nous a toujours montré que la diminution de la dyspnée, obtenue par le vomitif, était suivie de la diminution de l'hémorrhagie menstruelle trop abondante et même de sa suppression, quand elle avait déjà duré plus long-temps que d'ordinaire. Nous n'avons jamais vu d'accident survenir par cette manière d'agir ; il est vrai que toutes les fois qu'il existe dans ces cas un certain degré de pléthore, ou des symptômes quelque peu prononcés d'hyperaimie utérine, nous faisons précéder l'administration de l'émétique d'une saignée générale, sans nous préoccuper aussi de la présence des règles.

Nécessité de diminuer par les émétiques, pendant la durée des règles, la dyspnée qui dépend de l'emphysème pulmonaire.

1140. Nous avons recours aux émétiques, et même aux éméto-cathartiques, dans des cas d'embarras gastrique, ou gastro-intestinal, nonobstant l'apparition des règles, toutes les fois qu'il nous paraît évident, comme cela n'est pas très rare, que les symptômes de la menstruation tendent à s'exaspérer jusqu'à déterminer des accidents de dysménorrhée ou de métro-hémorrhagie ; nous avons souvent eu à nous en applaudir. Les symptômes de l'affection

Indication de recourir aux émétiques nonobstant la présence des règles dans les cas d'embarras gastrique.

gastro-intestinale diminuent immédiatement et le plus ordinairement l'hémorrhagie menstruelle se réduit à sa forme normale et parcourt ses périodes sans accident. Dans presque tous les cas où les malades affectées de ces lésions abdominales se trouvaient sur le point d'avoir leurs règles, il nous a paru évident que la période menstruelle était accélérée par la médication évacuante, mais nous n'avons pas ensuite remarqué que l'hémorrhagie périodique fût modifiée.

Indication et contre-indication des cathartiques pendant les règles.

1141. Les purgatifs, par l'action qu'ils exercent sur le tube digestif, accélèrent la manifestation des règles et augmentent leur abondance; ils peuvent, de l'avis de tous les praticiens, favoriser la conversion de l'hémorrhagie utérine normale en une véritable métro-hémorrhagie morbide (1099); il ne faut donc en venir à prescrire des purgatifs pendant la durée, ou au moment de l'imminence des règles, qu'avec une grande prudence. Il est néanmoins des cas où l'on s'écarte utilement de cette recommandation; ainsi chez des femmes habituellement constipées, la manifestation de coliques stercorales produit quelquefois des accidents assez intenses pour exiger une médication évacuante immédiate. Ces accidents se montrent même chez quelques femmes par des symptômes menstruels hystéralgiques très prononcés, et par la manifestation difficile et incomplète du flux menstruel; dans ces cas, nous administrons les purgatifs cathartiques, et nous n'en voyons jamais résulter d'inconvénients, ils sont au contraire ordinairement suivis de la cessation de tous les accidents, et de l'évolution facile et normale des phénomènes menstruels.

De la circonspection qu'il faut apporter à l'emploi des émétiques et des purgatifs pendant les règles.

1142. Hors les cas que nous venons de déterminer, et d'autres états pathologiques analogues, nous pensons néanmoins qu'il ne faut en général recourir, pendant l'imminence et la durée des règles, aux émétiques et aux purgatifs, qu'avec une grande circonspection. L'action directe de ces médicaments sur les organes abdominaux est toujours à un certain degré partagée secondairement par l'utérus : elle

peut troubler l'accomplissement des phénomènes menstruels, soit en supprimant leur manifestation normale et en convertissant l'état physiologique des ovaires en une véritable phlegmasie, comme cela arrive souvent et avec facilité par l'influence de toutes les médications qui peuvent stimuler outre mesure ces organes dans l'état de turgescence où ils se trouvent (1118), soit en changeant l'hyperaimie hémorrhagique menstruelle en une véritable congestion inflammatoire de l'utérus, soit en convertissant la métrohémorrhagie cataméniale en une véritable hémorrhagie utérine morbide.

Danger des emménagogues au moment des règles.

1143. Les effets fâcheux qui peuvent être produits par l'administration inconsidérée des émétiques et des purgatifs, au moment des règles, sont bien plus sûrement encore déterminés par l'usage des stimulants emménagogues. Les accidents graves si souvent produits par l'abus de ces médicaments, auquel se livrent un très grand nombre de femmes, en sont la preuve. Hors les cas pour lesquels ces agents thérapeutiques sont spécialement indiqués, lesquels consistent surtout dans divers états de cachexie plus ou moins intense dont ces stimulants peuvent être le remède, il faut absolument en suspendre l'usage aux approches et pendant la durée des règles. L'action excitante que ces remèdes exercent sur tout l'organisme, et spécialement sur les organes génitaux, peut augmenter l'hémorrhagie cataméniale jusqu'à la convertir en un état morbide, ou activer la turgescence fonctionnelle ovarique et utérine jusqu'à l'état d'inflammation. Il n'existe pas d'ailleurs de cas pathologiques dans lesquels leur administration soit indiquée d'une manière si urgente, qu'il y ait de l'inconvénient à la suspendre pendant quelques jours.

Contre-indication des affusions et des bains à l'époque des règles.

1144. Les affusions, les immersions et les bains froids, qui rendent de si grands services pour la curation de plusieurs maladies, ne peuvent être interrompus sans inconvénient dans beaucoup de cas, tels, par exemple, que des typhus,

des affections spasmodiques hystériques graves, des phlegmasies encéphaliques, etc. Il n'est peut-être pas de moyen de traitement qui inspire plus de craintes pour le dérangement de la menstruation, il n'en est certainement aucun qui, sous ce rapport, soit plus exempt d'inconvénients. Les bons effets que ces remèdes procurent contre les maladies graves qui les réclament sont si importants, qu'il ne faudrait souvent pas en priver les malades, au risque de déranger la menstruation, ce qui aurait moins de gravité que de les abandonner aux accidents croissants de ces maladies; mais on n'a pas besoin de faire cette distinction, toujours difficile, car la menstruation s'établit et continue toujours nonobstant cette médication; il ne serait donc indiqué de la suspendre que par la manifestation d'épiphénomènes, que nous n'avons jamais observés, et qu'il faudrait apprécier d'après la nature des accidents qu'ils occasionneraient.

L'administration des bains locaux et généraux tièdes n'a pas autant d'inconvénients qu'on le pense pendant les règles; elle n'entraîne le plus souvent aucun accident, quelquefois pas même l'augmentation de l'hémorrhagie. Cependant chez les femmes qui sont très abondamment réglées, il y aurait de l'imprudence à administrer les bains, qui ne peuvent qu'augmenter la quantité du flux menstruel; mais au contraire, chez les femmes peu abondamment réglées, qui ont des symptômes de dysménorrhée, les bains sont souvent très utiles.

Indication des fébrifuges à l'époque des règles.

1145. L'apparition des règles pendant le cours d'une fièvre intermittente grave ou pernicieuse ne peut jamais être un motif d'ajourner l'administration des fébrifuges, toujours urgente dans ces cas à cause du danger que la maladie périodique fait courir aux malades. La répétition des accès de ces fièvres rend souvent les règles plus abondantes, et prolonge l'hémorrhagie utérine au point même de la convertir en une métro-hémorrhagie. Presque toujours dans

ces cas l'administration des fébrifuges non seulement n'aggrave point cet accident, mais en détermine même la cessation en interrompant la maladie périodique.

CHAPITRE II.

Des dysménorrhées.

1146. L'hémorrhagie menstruelle étant un phénomène physiologique, l'état de maladie survient toutes les fois qu'elle se manifeste d'une manière anomale. Les états pathologiques qui en résultent étant nécessairement subordonnés pour la manifestation de leurs phénomènes à toutes les conditions qui se rapportent à la production d'une hémorrhagie, rentrent nécessairement dans la classe des hémorrhagies. Les maladies qu'ils constituent ne doivent pas être considérées comme des états morbides dont il faut supprimer la cause occasionnelle, mais comme des états morbides liés à l'accomplissement d'une fonction, principalement caractérisée par une hémorrhagie dont il faut réduire la manifestation à ses limites normales.

Comment l'état de maladie s'établit par la manifestation anomale des règles.

1147. Nous comprenons, sous la dénomination de *dysménorrhées* [1], les maladies qui résultent de l'accomplissement difficile ou troublé de l'hémorrhagie menstruelle, ou des anomalies que présentent les phénomènes de la menstruation

Définition des *dysménorrhées*.

Les dysménorrhées ne peuvent exister que dans les conditions inhérentes à l'accomplissement de la menstruation; la connaissance de ces conditions physiologiques sert donc nécessairement de point de départ pour l'appréciation de tous les phénomènes pathologiques des dysménorrhées.

Art. I. Des symptômes des dysménorrhées.

1148. Les accidents dysménorrhéiques se présentent à

Des formes sous lesquelles se présentent les dysménorrhées,

[1] Dysménorrhée, *dysmenorrhea*, de δύς, difficilement; μὴν, mois; ῥεω, je coule.

l'observation clinique sous des formes très variables, à considérer les cas particuliers; on peut néanmoins, par l'appréciation de leurs phénomènes, les rapporter tous à deux formes principales, qui comprennent toutes les dysménorrhées qui se montrent le plus habituellement.

A la première se rapportent les dysménorrhées dans lesquelles se manifestent des douleurs ou des accidents spasmodiques, sous l'influence de la menstruation, dans les organes génitaux ou dans d'autres parties plus ou moins éloignées de ces organes. Ces dysménorrhées comprennent les maladies que Sauvages appelait hystéralgies cataméniales, et que l'on trouve désignées dans les auteurs sous les noms, tantôt de coliques utérines menstruelles, tantôt de congestions utérines menstruelles tormineuses, etc. Nous les distinguons par la dénomination de *dysménorrhées hystéralgiques.*

La deuxième forme des dysménorrhées comprend toutes celles dans lesquelles on voit se manifester, sous l'influence de la menstruation, des hyperaimies ou des hémorrhagies sur d'autres parties que les organes génitaux. Ces dysménorrhées constituent toutes les maladies que Stahl indiquait sous le nom générique de *menorrhagiæ erroneæ.* Nous les désignons sous le nom de *dysménorrhées hémorrhagiques.*

L'observation clinique fait quelquefois rencontrer des cas qui réunissent des symptômes communs aux dysménorrhées hystéralgiques et hémorrhagiques. Ces cas sont facilement ramenés à l'une ou à l'autre de ces formes de la maladie par la considération de leurs phénomènes dominants essentiels. Il est ensuite toujours très aisé de se rendre raison de la nature et de la connexion de ces phénomènes les uns par rapport aux autres, et par rapport à la cause prochaine qui les détermine, quand on les a analysés sous tous les aspects qu'ils peuvent présenter dans les cas qui n'offrent que les seuls accidents de l'une ou de l'autre forme de la dysménorrhée.

§ I. *Des symptômes des dysménorrhées hystéralgiques.*

1149. L'observation suivante est un exemple de la forme la plus prononcée de la dysménorrhée hystéralgique. Observation clinique sur une dysménorrhée hystéralgique.

Une fille de 25 ans, présentant tous les caractères extérieurs d'une bonne constitution et non pléthorique, menant une vie très sédentaire, avait eu ses règles pour la première fois à seize ans. Elle n'avait éprouvé aucun accident jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, quoique pendant les deux ou trois premières années de sa menstruation elle se fût livrée à la masturbation. Elle commença alors, après avoir éprouvé un violent chagrin, à ressentir dans les deux ou trois jours qui précédèrent ses règles une vive douleur aux lombes, qui augmentait parfois jusqu'à déterminer des défaillances; les règles venaient terminer cette douleur, qui ne se reproduisait qu'à l'époque menstruelle suivante. L'hémorrhagie menstruelle durait quatre jours; elle était assez considérable, surtout pendant deux jours. Les accidents augmentèrent progressivement à partir de la vingt-quatrième année, et arrivèrent au degré où nous les observâmes. Deux ou trois jours avant la manifestation de chaque hémorrhagie menstruelle, cette fille éprouvait d'abord une douleur obtuse à l'épigastre, et une douleur tormineuse à l'ombilic et aux lombes. La nuit suivante, les douleurs tormineuses augmentaient d'intensité; le sommeil se suspendait, il y avait deux ou trois selles liquides avec épreintes, et quelquefois des nausées et des efforts de vomissement. Le lendemain, les coliques étaient presque continues, elles occupaient la région ombilicale et les fosses iliaques. Très souvent cette fille éprouvait des syncopes, des défaillances et une vive douleur de tête, quelquefois suivies d'accidents spasmodiques hystériformes. La pression sur l'hypogastre était douloureuse; la région lombaire était le siège d'une douleur continue, qui augmentait par instants jusqu'à faire pousser des cris à la malade,

Cette douleur était plus vive et plus difficile à supporter que les coliques qui existaient en même temps; tout le pourtour du bassin, depuis les hanches, et les cuisses étaient en même temps le siège d'un sentiment très pénible de courbature. Les mamelles étaient tuméfiées, et des douleurs lancinantes s'y faisaient sentir par intervalles. On ne pouvait ingérer dans l'estomac même une cuillerée d'eau pure, sans qu'il survînt des vomissements. Le pouls était sans fréquence, et la peau sans chaleur anomale. L'examen des organes génitaux nous fit reconnaître une injection prononcée de la muqueuse du vagin jusque sur le col de l'utérus, qui était abaissé et ne se trouvait qu'à deux pouces environ de la vulve. L'utérus ne nous parut pas augmenté de volume; il n'était pas douloureux à la pression, exercée soit par le vagin, soit par le rectum. Ces symptômes duraient jusqu'au troisième jour de la manifestation des règles. Pendant ces trois premiers jours, l'utérus ne laissait écouler qu'en très petite quantité, et par intervalles, plutôt de la sérosité rouge que du sang; les règles coulaient ensuite abondamment pendant deux jours, puis tous les accidents cessaient rapidement; l'hémorrhagie utérine diminuait alors : cependant le sang ne se montrait plus que sous la forme de sérosité sanguinolente pendant deux ou trois heures chaque jour, puis l'écoulement menstruel se terminait le sixième jour. Ces accidents avaient été inutilement combattus par des préparations de fer, par l'administration de l'opium, par des lavements d'assa-fœtida, par des saignées qu'on avait souvent renouvelées, etc. Nous considérâmes tous ces accidents comme le résultat immédiat de l'hyperaimie menstruelle qui se produisait chez cette fille avec trop d'intensité avant l'hémorrhagie utérine périodique. Nous conseillâmes l'usage habituel des bains tièdes d'abord et ensuite frais pendant tout le mois, avec l'exercice musculaire journalier prolongé; nous ordonnâmes de pratiquer tous les mois, quatre jours avant les

règles, une saignée du bras de trois ou quatre onces au plus, et de commencer dès ce moment à administrer des bains de siège et des lavements frais à quinze degrés tous les jours, même quand les règles seraient arrivées, jusqu'au troisième jour de leur manifestation. Cette médication amena une diminution des accidents dès la première époque menstruelle. A la troisième époque, les règles parurent sans aucun accident précurseur; elles ne durèrent que quatre jours. Le traitement fut encore continué pendant deux mois; les accidents n'ont plus ensuite reparu.

Symptômes de l'hystéralgie cataméniale.

1150. L'hystéralgie cataméniale débute le plus souvent trois ou quatre, quelquefois cinq à six jours avant l'hémorrhagie menstruelle; elle s'annonce par des douleurs lombaires, qui augmentent principalement quand la femme se tient debout, et qui s'accompagnent d'un sentiment de lassitude et de courbature dans les cuisses. Des douleurs de coliques, revenant irrégulièrement, se font sentir à l'hypogastre et surtout à l'ombilic. Ces douleurs augmentent d'intensité et prennent différentes formes; tantôt ce sont des douleurs lancinantes et comme térébrantes au-dessous de l'ombilic; tantôt ce sont des douleurs constrictives, comme si l'abdomen était serré avec un lien. La région ombilicale et surtout la région hypogastrique sont habituellement tendues et douloureuses à la pression. Les fonctions digestives sont presque toujours dérangées; souvent ce dérangement ne consiste que dans de l'anorexie, des éructations et quelques douleurs lancinantes épigastriques; d'autres fois, il y a des nausées, une douleur gravative continue à l'épigastre; enfin, dans quelques cas, les malades vomissent tous les aliments, et même les boissons ingérées dans l'estomac. Le plus souvent, ces malades sont constipées; quelquefois, au contraire, elles ont des évacuations alvines liquides qui, dans quelques cas, se font avec des épreintes et une vive douleur de ténesme à l'anus. Pendant que ces accidents se manifestent

vers l'abdomen, les mamelles se gonflent, sont douloureuses à la pression et deviennent souvent le siège de douleurs spontanées quelquefois très vives. Les organes génitaux présentent aussi des symptômes particuliers; les femmes éprouvent dans le vagin un sentiment de chaleur qui se fait surtout sentir à la vulve, dont les grandes et les petites lèvres sont gonflées; il se manifeste souvent un écoulement vaginal muqueux ou mucoso-séreux; les urines sont ardentes et brûlent le canal de l'urètre.

Tous ces accidents augmentent d'intensité à mesure que le moment de l'apparition des règles approche. Si la manifestation des règles est subite, ils se terminent immédiatement; si elle s'établit progressivement, ils augmentent en même temps et ne disparaissent que lorsque le flux menstruel commence à décroître. Il arrive fréquemment, et cela est presque toujours ainsi quand l'hystéralgie cataméniale dure depuis long-temps, que l'hémorrhagie menstruelle s'établit avec difficulté; tantôt la femme ne perd pendant plusieurs jours qu'une très petite quantité de sérosité sanguinolente, tantôt les règles surviennent avec abondance, et se suppriment presque aussitôt pour recommencer au bout de quelques jours, et souvent disparaître de même avec rapidité pour se manifester encore de nouveau; dans quelques cas, le flux cataménial est très abondant et constitue comme une perte; enfin l'on voit encore les règles se montrer avec très peu d'abondance et durer pendant huit, dix, douze jours, se manifestant par intervalles, tantôt sous la forme d'une perte de sang, tantôt sous celle d'un flux séro-sanguinolent; dans ce dernier cas, les accidents hystéralgiques persistent ordinairement pendant un temps beaucoup plus long, qui n'excède cependant que de quatre à cinq jours le moment de la cessation de l'hémorrhagie menstruelle.

Rapport de l'invasion des douleurs hysté-

1151. L'invasion des douleurs hystéralgiques n'arrive pas toujours au début ou même pendant l'imminence de l'ap-

parition des règles; elle survient quelquefois pendant la durée, et, dans quelques cas, à la fin du flux menstruel. Elle arrive alors subitement, souvent sans prodrômes; elle débute ainsi lorsqu'elle coïncide avec la suppression subite du flux menstruel par quelque cause extérieure.

ralgiques avec l'apparition des règles.

1152. L'exploration des organes génitaux internes pendant la dysménorrhée hystéralgique, et surtout quand les femmes éprouvent au plus haut degré les symptômes les plus prononcés de cette maladie, ne fait reconnaître que l'état qui se présente à chaque manifestation normale des règles (1098).

Résultat de l'exploration des organes génitaux pendant la dysménorrhée hystéralgique.

1153. Les accidents dysménorrhéiques peuvent survenir à une ou deux époques menstruelles, puis ne plus reparaître ensuite et récidiver plus tard au bout de quelques mois; c'est ordinairement ainsi qu'on les voit se comporter chez les filles, depuis l'âge de la puberté jusqu'à la fin de l'accroissement. Dans le plus grand nombre des cas, surtout chez les femmes adultes, cette maladie une fois développée devient chronique, et se renouvelle à chaque époque menstruelle durant plusieurs années.

Rapport des accidents hystéralgiques avec différentes époques menstruelles.

Toutes les attaques n'ont pas la même intensité, et les accidents ne suivent pas une marche régulièrement croissante; la maladie offre, dans la succession, dans l'intensité et même dans la forme de ses accès, beaucoup d'irrégularités. Quelquefois une ou deux hémorrhagies menstruelles surviennent sans accident, et constituent une sorte d'intermission dans la maladie. Les accidents sont tantôt intenses à une époque, tantôt légers à la suivante. Enfin, il arrive que la maladie, qui s'est montrée une ou plusieurs fois avec les symptômes qui viennent d'être décrits, emprunte une autre fois aux autres formes de la dysménorrhée (1158 *et sqq.*) une partie de leurs symptômes qui lui donnent une forme en quelque sorte mixte.

1154. La dysménorrhée hystéralgique est l'une des maladies qui présentent les accidents épiphénoméniques les

Epiphénomènes de la dysménorrhée hystéralgique.

plus variés; des douleurs céphalalgiques intenses temporales, sus-orbitaires, syncipitales; des vertiges, de la pesanteur de tête, des bourdonnements dans les oreilles; de l'anorexie, des nausées et des vomissements opiniâtres; des palpitations, des accès de dyspnée et de suffocation; des mouvements convulsifs, des lypothymies; des douleurs contusives ou comme névralgiques dans les mamelles, se manifestent dans cette maladie, tantôt à toutes les attaques, tantôt dans quelques attaques seulement.

Les rapports de ces épiphénomènes avec les symptômes habituels de la maladie sont toujours très variables; le plus souvent, c'est dès le début des attaques que ces épiphénomènes surviennent, et ordinairement ils perdent de leur intensité ou même cessent tout à fait à mesure que l'hémorrhagie menstruelle se prononce davantage. Ces épiphénomènes ont quelquefois une telle intensité qu'ils masquent, pour ainsi dire, les symptômes propres de la maladie, qui sont ainsi beaucoup moins prononcés.

Variations que présentent les symptomes des hystéralgies cataméniales.

1155. Les symptômes propres de l'hystéralgie cataméniale se développent souvent avec une intensité très variable les uns par rapport aux autres. Ainsi, le gonflement et les douleurs mammaires sont quelquefois tels, qu'on serait tenté de considérer la maladie ou comme une hyperaimie inflammatoire, ou comme une névralgie mammaire, d'autant plus que les symptômes abdominaux sont presque toujours alors assez modérés. Dans quelques cas, la céphalalgie ou les symptômes gastriques, les nausées, les vomissements, la douleur épigastrique, sont si intenses, qu'il semblerait qu'il s'agit d'une encéphalite ou d'une gastrite commençante, ou au moins d'une dyspepsie très intense.

Suites de l'hystéralgie cataméniale.

1156. L'hystéralgie cataméniale est souvent suivie de l'invasion d'une phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes; elle est souvent aussi symptomatique de cette inflammation, et surtout des phlegmasies qui ont leur siège au col utérin, ou dans les ovaires où les trompes.

1157. La dysménorrhée hystéralgique est rare avant l'accroissement terminé; elle se manifeste presque toujours chez les femmes de vingt à trente-cinq ans; on l'observe aussi quelquefois dans les dernières années de la menstruation. Cette maladie étant liée à la menstruation n'arrive jamais avant la puberté et après l'âge critique; elle ne se manifeste pas non plus pendant la grossesse et durant l'allaitement. Elle diminue ordinairement d'intensité d'une manière progressive dans les dix dernières années qui précèdent l'âge critique.

Époques d'opportunité de la dysménorrhée hystéralgique.

§ II. *Symptômes des dysménorrhées hémorrhagiques.*

1158. Les dysménorrhées hémorrhagiques n'ont qu'un petit nombre de symptômes qui leur soient particuliers; elles empruntent tous les symptômes de presque toutes les autres hémorrhagies, en se les appropriant par la circonstance du rapport qu'ils ont dans leur manifestation avec les époques cataméniales. Toutes les hémorrhagies, par les voies d'exhalation, peuvent se manifester dans ces dysménorrhées. Ces hyperaimies, ces hémorrhagies, s'annoncent par leurs symptômes propres, en conservant des rapports immédiats avec la menstruation, soit par les époques où elles surviennent, soit par leurs prodrômes.

Rapport des dysménorrhées hémorrhagiques avec les époques menstruelles.

1159. Les symptômes précurseurs des menstrues régulières se manifestent, et presque aussitôt les malades éprouvent les prodrômes d'une hémorrhagie, ou plutôt les phénomènes qui se lient à la présence d'une hyperaimie sur quelque organe. Dans le plus grand nombre des cas, une pléthore générale s'annonce en même temps sous sa forme ordinaire (21).

Symptômes des dysménorrhées hémorrhagiques.

Ces premiers symptômes sont bientôt suivis de la manifestation de l'hémorrhagie menstruelle, et en même temps de l'explosion d'une hémorrhagie par l'organe sur lequel se sont montrés les symptômes d'hyperaimie. L'hémorrhagie menstruelle est ordinairement alors moins

prolongée et moins considérable que dans l'état normal; dans quelques cas, elle se réduit à l'écoulement d'une petite quantité de sang ou même de sérosité sanguinolente, tandis que l'hémorrhagie supplémentaire est abondante et prolongée : mais cette hémorrhagie utérine n'en est pas moins accompagnée des symptômes de l'apparition des menstrues chez le sujet malade (1098).

Rapport de la dysménorrhée hémorrhagique avec les phénomènes menstruels.

1160. On peut réunir dans les recueils d'observations un très grand nombre d'exemples de ces dysménorrhées, caractérisées par des déviations hémorrhagiques sur presque tous les organes. Tous ces faits, quand ils ont été vus par des observateurs dignes de confiance, montrent que la fonction menstruelle ne manque pas de se manifester dans ces cas, même avec l'hémorrhagie utérine, quelque peu considérable qu'elle soit; le phénomène anomal et véritablement morbide, c'est la manifestation simultanée et consécutive d'une hyperaimie ou d'une hémorrhagie sur un organe quelconque, sous l'influence de la menstruation, dont l'effet immédiat sur l'utérus est seulement alors beaucoup moins prononcé. Dans ces cas la fonction menstruelle ovarique et utérine n'est réellement pas interrompue, seulement elle est peu marquée par ses phénomènes normaux, et son influence détermine la production par divers organes d'hémorrhagies qui s'accomplissent au détriment de l'hémorrhagie utérine.

Observations cliniques sur des dysménorrhées hémorrhagiques

1161. Voici quelques observations cliniques sur ces dysménorrhées :

Une femme de 30 ans fut frappée d'une grande terreur pendant qu'elle avait ses règles, qui furent immédiatement supprimées; il s'ensuivit l'invasion immédiate d'une vive anxiété précordiale, avec douleur gravative sur la poitrine et palpitations de cœur. A l'époque menstruelle suivante, l'hémorrhagie utérine fut presque nulle, et précédée d'une douleur gravative au dos et aux hypochondres; il se manifesta ensuite de la toux et une hémoptysie qui se termina

au bout de quatre jours. De cet instant, cette femme resta sujette tous les mois à des hémoptysies plus ou moins abondantes pendant cinq à six jours, et qui revenaient avec les règles. Cette maladie durait depuis neuf ans; si la grossesse suspendait les règles, l'hémorrhagie ne survenait pas, mais elle reparaissait après l'accouchement, et se manifestait aux périodes menstruelles pendant l'allaitement. La santé n'éprouvait pas d'ailleurs d'autre dérangement. On essaya inutilement un grand nombre de moyens de traitement sans aucun résultat [1].

Une dame pléthorique, d'une forte constitution, eut un flux hémorrhoïdal qui finit par se reproduire tous les mois en même temps que les règles. Ces dernières devinrent très peu abondantes et s'accompagnèrent de coliques et de douleur de sciatique. Tous les accidents allèrent en augmentant et devinrent ensuite continus; il en résulta une cachexie comme scorbutique. Tout se termina cependant par un traitement méthodique.

Une femme fut prise d'une hématémèse, immédiatement après un violent accès de colère; ses règles, qui coulaient, furent immédiatement supprimées; chaque fois ensuite que les règles reparurent, les vomissements de sang se reproduisirent. Alberti conseilla de recourir aux émissions sanguines pratiquées aux pieds. Le sang tiré était pâle et ressemblait à de la lavure de chair; cependant la malade fut guérie [2].

Une femme de 30 ans, frappée d'une grande frayeur pendant ses règles, but, pendant qu'elle était toute tremblante, une grande quantité d'eau froide; il en résulta un tremblement des membres et de l'anorexie. A la période suivante, les règles revinrent, mais en beaucoup moindre

[1] Obs. de Fred. Hoffmann; *Op. phys. med.*, p. II, sect. I, cap. II, § XI, p. 207.

[2] Observations de Mich. Alberti; in Kubleri *Dissert. de hæmorroïd. Argentorati*, 1742, p. 21.

quantité; elles s'accompagnèrent d'anxiétés précordiales, de nausées, de vomissements, de froid des extrémités et d'injection de la face. A la troisième époque, tous ces accidents se reproduisirent; il survint de plus, pendant trois jours, un vomissement de sang abondant qui affaiblit beaucoup la malade [1].

Chez tous les sujets de ces observations, la manifestation de l'hémorrhagie a été le symptôme le plus tranché de la dysménorrhée; dans tous, l'extravasation sanguine s'est montrée avec les signes d'une hyperaimie prononcée sur l'organe qui en a été le siège. Dans la dernière observation que nous venons de rapporter, d'après F. Hoffmann, les accidents développés sur l'estomac, par l'effet de la dysménorrhée, n'ont été une fois portés que jusqu'au degré de l'hyperaimie. Dans le cas suivant, l'hémorrhagie ne s'est établie qu'une fois; la dysménorrhée ne s'est pas moins manifestée à chaque époque, mais seulement par des symptômes de pléthore.

Une demoiselle de 26 ans, abondamment réglée, eut, sans cause connue, une diminution des deux tiers dans la quantité du flux menstruel; de ce moment, elle eut à chaque époque des douleurs céphalalgiques lancinantes, une oppression avec toux fréquente; le pouls était plein, développé et presque toujours fréquent. Ces accidents cessaient et se reproduisaient avec le flux menstruel. Il survint enfin une hémoptysie qui parut avec les menstrues, mais qui persista après elles. Le pouls était plein et rebondissant; des saignées locales à la vulve et à l'anus firent cesser ces accidents. A l'époque menstruelle suivante, cette demoiselle se plaignait deux jours auparavant de maux de tête, de battements des artères temporales et d'oppression; le pouls devint de nouveau dilaté et fréquent; une saignée

[1] Fred. Hoffmann; *Op. omn. phys. med.*, p. II, sect. I, cap. III, obs. VIII, p. 218.

locale aux organes génitaux, pratiquée comme moyen prophylactique, fut suivie de l'apparition des règles sans phénomène anomal; mais il fallut revenir aux mêmes moyens pendant six mois, à chaque époque menstruelle [1].

Formes des accidents constitutifs de la dysménorrhée hémorrhagique.

1162. La dysménorrhée hémorrhagique ne se manifeste rarement qu'une seule fois, aussi constitue-t-elle le plus souvent une maladie chronique, composée d'accidents aigus revenant à chaque époque menstruelle. Ces accidents, quoique tous de même nature, diffèrent souvent d'intensité et affectent quelquefois des organes différents : tantôt, en effet, ce ne sont que des symptômes d'hyperaimie qui à une autre attaque vont jusqu'à l'extravasation sanguine, et constituent alors une hémorrhagie complète, *et vice versa*; tantôt ce ne sont que des symptômes de pléthore, auxquels se joint ou non l'hyperaimie et l'hémorrhagie; le plus souvent, c'est toujours sur le même organe que cette hyperaimie avec ou sans hémorrhagie s'établit; quelquefois cependant différentes parties sont affectées aux différentes attaques, comme cela est arrivé chez les sujets des observations que nous avons rapportées (531 et 1161), et comme nous l'avons vu chez la femme sur laquelle nous avons recueilli l'observation suivante :

Une femme de 33 ans, grêle, d'une faible constitution, s'était bien portée jusqu'à l'âge de 24 ans qu'elle devint grosse pour la première fois. Ses règles avaient été jusque-là abondantes pendant six jours chaque mois; elles ne se rétablirent que quatre mois après l'accouchement; elles furent peu abondantes pendant cinq ou six mois. Alors, au moment de ses règles, cette femme eut, sans cause connue, un vomissement de sang considérable, qui se reproduisit aux époques menstruelles suivantes. Cette gastro-hémorrhagie s'accompagnait de vives douleurs d'estomac, qui ne persistaient pas quand le vomissement de sang

[1] Latour, *Hist. des causes des hémorrhagies*, t. II, p. 145, obs. 577.

cessait, en sorte que dans les intervalles des règles cette femme jouissait d'une bonne santé. Cet état dura plus d'une année. L'hématémèse fut ensuite remplacée par un flux hémorroïdal abondant, qui survenait avec les règles et durait pendant huit ou dix jours chaque mois; l'hémorrhagie utérine menstruelle était à peine marquée. Une deuxième grossesse arriva, et pendant sa durée une épistaxis abondante survint deux ou trois fois. Après la grossesse, l'épistaxis reparut chaque mois en même temps que les menstrues pendant environ dix-huit mois. L'hématémèse se reproduisit ensuite et suivit la même marche que les autres hémorrhagies; mais elle était très abondante, et laissait chaque fois cette femme dans un état de débilité très grande : c'est alors que nous la vîmes. L'hématémèse était précédée chaque mois d'une douleur à l'épigastre, qui devenait très vive par l'ingestion des aliments et durait deux ou trois jours, pendant lesquels les règles survenaient en très petite quantité; puis l'hématémèse se manifestait, un ou deux vomissements de sang survenaient le matin pendant quatre ou cinq jours : tous ces accidents cessaient ensuite jusqu'à l'époque menstruelle suivante. L'utérus ne nous présenta aucune lésion. Nous fîmes appliquer tous les jours trois ou quatre sangsues sur le col de l'utérus, et nous conseillâmes un bain de siége chaud chaque jour, pendant trois jours avant l'apparition des règles et avant que la douleur gastrique survînt; on administrait en même temps des boissons et des aliments liquides à la glace. Nonobstant cette médication, l'hématémèse se reproduisit encore pendant deux mois, et les règles ne furent pas plus abondantes. Nous fîmes continuer pendant tout l'intervalle des règles l'administration des bains de siége chauds et l'usage des boissons et des aliments à la glace. A l'époque suivante, les douleurs gastriques et l'hématémèse ne revinrent pas; mais il se manifesta une épistaxis peu considérable, et les règles durèrent trois jours. Le quatrième mois, la malade se

plaignit, à l'époque menstruelle, de pesanteur de tête, de vertiges; le pouls devint plein, légèrement fréquent; la face colorée et les conjonctives injectées. Comme la malade était faible, nous ne fîmes pas pratiquer de saignée générale, nonobstant ces symptômes de pléthore, mais nous conseillâmes d'appliquer, pendant quatre jours, quatre sangsues chaque jour sur le col de l'utérus; les règles arrivèrent avec abondance et avec d'assez vives douleurs hypogastriques et lombaires: il n'y eut point d'hémorrhagie insolite. Le cinquième mois, ces mêmes symptômes de pléthore étant revenus, le même traitement fut suivi, les règles vinrent avec abondance, et un flux hémorrhoïdal peu considérable les accompagna. Nous nous en tînmes alors à faire suivre à la malade un régime très doux, secondé par des bains simples à la température de 24 degrés tous les jours. Les menstrues reparurent régulièrement avec assez d'abondance, et, pendant six jours, elles ne présentaient d'anomal que quelques douleurs lombaires et hypogastriques. Le flux hémorrhoïdal reparaissait cependant chaque mois, mais il était peu considérable et ne s'effectuait qu'une ou deux fois. La malade restait décolorée et faible. Les bains de rivière furent alors conseillés et pris pendant tout un été. De ce moment, les menstrues revinrent régulièrement; elles durèrent quatre jours en quantité modérée; le flux hémorrhoïdal ne reparut plus; la pâleur générale cessa, cette femme prit de l'embonpoint et fut tout à fait rétablie. Depuis deux ans sa santé n'a pas cessé d'être bonne.

La dysménorrhée hémorrhagique s'est d'abord caractérisée chez cette femme par une gastro-hémorrhagie, qui a ensuite été remplacée par un flux hémorrhoïdal, puis par une épistaxis, à laquelle succéda le retour de la gastro-hémorrhagie; puis l'épistaxis reparut et remplaça de nouveau l'hémorrhagie de l'estomac; nous n'observâmes ensuite qu'un état de pléthore sans hémorrhagie insolite;

enfin, le flux hémorrrhoïdal revint et fut la dernière perte de sang anomale qui accompagna chez cette femme l'apparition des menstrues.

Suites immédiates des hémorrhagies dysménorrhéiques.

1163. La dysménorrhée hémorrhagique, lorsqu'elle s'est prolongée pendant un certain temps, ou lorsqu'elle détermine d'abondantes et rapides pertes de sang par les organes sur lesquels s'établit la fluxion hyperaimique anomale, est ordinairement suivie d'un état d'oligaimie qui constitue quelquefois l'accident morbide le plus prononcé. A la rapidité et à l'intensité avec lesquelles se produit l'oligaimie, dans des cas même où l'hémorrhagie morbide est loin d'être aussi considérable que l'est la perte de sang menstruelle normale chez beaucoup de femmes qui jouissent du meilleur état de santé, on doit reconnaître que l'influence exercée sur l'organisme par des hémorrhagies insolites est toujours beaucoup plus grande que celle que produit le flux régulier des menstrues.

Nature des hémorrhagies dysménorrhéiques.

1164. Les hémorrhagies qui surviennent ainsi sur différents organes, comme symptômes de la dysménorrhée, sont exclusivement des hémorrhagies sur des surfaces exhalantes; au moins n'a-t-on conservé aucune observation sur des hémorrhagies interstitielles produites dans ces circonstances. Ce n'est pas cependant que l'on n'ait recueilli des exemples d'hémorrhagies interstitielles, telles que des apoplexies, des hémorrhoïdes, des pneumo-hémorrhagies survenues chez des femmes dont les menstrues étaient supprimées; mais il faut distinguer ces cas des dysménorrhées dans lesquelles il n'y a pas réellement suppression de la menstruation.

Les hémorrhagies dysménorrhéiques sont des épistaxis, des gastro-hémorrhagies, des flux hémorrhoïdaux, des hématidroses (546) et des hémoptysies. L'ordre que nous assignons à ces maladies indique leur fréquence relative dans ces cas.

Rapport des hémorrhagies dys-

1165. Dans le plus grand nombre des dysménorrhées hé-

morrhagiques, il y a diminution de la quantité de sang habituellement perdue aux époques menstruelles (1099). L'hémorrhagie symptomatique paraît le plus souvent un ou deux jours avant les règles, et dès que l'organisme ressent l'influence de la fonction menstruelle; presque toujours elle dure autant que les règles, et se prolonge même pendant quelques jours après elles. On voit cependant un assez grand nombre de dysménorrhées, dans lesquelles l'hémorrhagie supplémentaire ne se déclare qu'à la fin du flux menstruel régulier, mais seulement peu considérable, eu égard à la quantité de sang habituellement perdue par les malades, et eu égard à leur constitution et à leur âge.

ménorrhéiques avec la menstruation.

1166. La dysménorrhée hémorrhagique se manifeste assez fréquemment avec les symptômes de l'hystéralgie cataméniale (1150), qui se joignent alors à ceux qui lui appartiennent en propre; les accidents hystéralgiques sont même quelquefois si intenses dans cette dysménorrhée, qu'ils constituent les phénomènes dominants de la maladie. Il n'est pas rare aussi d'observer des attaques d'hystéralgie cataméniale alternant avec celles des hémorrhagies par déviation; en sorte que l'état morbide se montre à une ou à plusieurs époques menstruelles, ou pendant plusieurs mois, sous la forme hystéralgique, et pendant plusieurs autres, sous celle d'une simple déviation de l'hémorrhagie menstruelle.

Épiphénomènes des dysménorrhées hémorrhagiques.

1167. La dysménorrhée hémorrhagique présente souvent, et plus souvent peut-être que l'hystéralgie cataméniale, des épiphénomènes nerveux, simulant toutes les formes des accidents si variés de l'hystérie (1161); dans quelques cas même, ces symptômes se montrent régulièrement comme prodrômes ou comme effet immédiat des hémorrhagies anomales. ou des hyperaimies qui précèdent et accompagnent ces hémorrhagies. Il faut, plus encore que pour l'hystéralgie cataméniale, attacher peu d'importance à ces symptômes, qui en imposeraient facilement pour des maladies graves des organes encéphaliques ou du système

nerveux. Nous avons observé une jeune femme, chez laquelle une dysménorrhée, qui déterminait une épistaxis d'ailleurs peu abondante, débutait à chaque attaque par des accidents nerveux épileptiformes qui avaient fait porter sur cette maladie un fâcheux prognostic. Cependant, tous ces accidents disparurent comme l'épistaxis elle-même, lorsqu'on eut ramené par un traitement méthodique les phénomènes de la menstruation à leur état normal.

Art. II. Étiologie des dysménorrhées.

Causes prédisposantes des dysménorrhées.

1168. Les causes prédisposantes les plus directes des dysménorrhées se trouvent dans le tempérament des femmes et dans les conditions spéciales des fonctions menstruelles.

Les femmes d'un tempérament sanguin prononcé, ou celles qui ont une susceptibilité extrême du système nerveux, sont si immédiatement prédisposées à la dysménorrhée, qu'elle se produit souvent chez elles sans causes occasionnelles évidentes, ou au moins par les causes occasionnelles les plus légères. Ces causes prédisposantes sont surtout rendues efficaces chez ces femmes, quand elles sont favorisées ou activées par des habitudes propres à leur donner une intensité insolite. Ainsi, l'habitude des boissons et des aliments stimulants, et surtout des stimulants diffusibles; une vie molle, oisive, consacrée aux impressions excitantes des plaisirs des sens, ou troublée par des affections morales vives, souvent répétées ou prolongées sans mesure, sont des conditions si favorables à la production des dysménorrhées, qu'elles sont la maladie habituelle de presque toutes les femmes qui y sont soumises.

Les femmes abondamment menstruées, celles qui se livrent avec excès aux plaisirs de l'amour, celles qui ont la funeste habitude de la masturbation, celles qui provoquent et entretiennent des impressions érotiques par des lectures, par des images, par des conversations, par des spectacles, par une imagination vive et non tempérée par la raison ou

par des principes religieux, sont le plus souvent affectées de dysménorrhées; il suffit même de l'influence de ces causes, continuée pendant quelque temps, pour faire naître ces maladies. C'est surtout après la révolution de la puberté que la dysménorrhée est imminente chez les jeunes filles qui se trouvent soumises à ces causes prédisposantes.

Les jouissances vénériennes anticipées, chez les jeunes femmes avant que le corps ait acquis tout son développement, surtout lorsqu'elles s'y abandonnent sans modération, constituent une habitude de vie immédiatement prédisposante à la dysménorrhée, dont on n'a que trop d'occasions de reconnaître les fâcheux effets.

La privation forcée des plaisirs de l'amour, le célibat imposé malgré les désirs nés d'un tempérament ardent, l'habitude de la vie contemplative et des méditations ascétiques, les attachements passionnés, même pour des personnes du même sexe, ne prédisposent pas moins directement à la dysménorrhée que les causes précédentes, en apparence opposées dans leurs effets. C'est sans doute à ces circonstances qu'il faut attribuer la fréquence de ces maladies parmi les femmes vouées à la vie monastique.

La dysménorrhée a pour causes prédisposantes spéciales les phlegmasies de l'utérus et les catarrhes vaginaux; l'hystérie semble aussi l'une des causes pathologiques les plus immédiatement prédisposantes de cette maladie. Il est peu de femmes hystériques chez lesquelles elle ne se soit manifestée à un certain degré et souvent plusieurs fois.

Causes occasionnelles des dysménorrhées.

1169. Les causes occasionnelles des dysménorrhées sont si nombreuses, qu'elles ne peuvent être toutes indiquées. Il n'est pas de circonstance dont l'influence puisse ébranler l'organisme à un certain degré et d'une manière brusque, par laquelle on n'ait vu la dysménorrhée immédiatement produite, surtout lorsqu'elle agit pendant l'imminence et la durée de l'hémorrhagie menstruelle, sur des femmes prédisposées à ces maladies. Ainsi, des commotions morales

subites, un ébranlement physique violent, l'action immédiate du froid ou d'une vive chaleur, ou le passage rapide d'une de ces conditions à l'autre; l'impression douloureuse d'un état morbide occupant un organe important, très vasculaire, ou recevant beaucoup de nerfs, etc., etc.

Causes des récidives des dysménorrhées.

1170. Les dysménorrhées qui surviennent par toutes ces causes ne se bornent pas toujours à une attaque limitée à une seule époque menstruelle; le plus souvent elles se reproduisent aux époques suivantes, pendant un temps plus ou moins long, sans l'influence de nouvelles causes occasionnelles. Cette circonstance, fréquemment observée, doit faire considérer les attaques de dysménorrhées antécédentes comme des causes prédisposantes de nouvelles attaques, et l'habitude de cette maladie qui s'établit ainsi comme une cause occasionnelle de son retour.

Les récidives faciles et si souvent observées des dysménorrhées, même après des intervalles de plusieurs années, et souvent sans qu'on en trouve la raison dans des causes appréciables, nous fait penser que la prédisposition à la dysménorrhée peut persister long-temps dans l'économie et suffire pour occasionner des récidives de cette maladie; on comprend pourtant qu'on ne peut guère à cet égard établir que des probabilités, puisqu'il est souvent très difficile de déterminer l'existence de beaucoup de causes prédisposantes, et qu'il est toujours impossible de mesurer exactement la puissance et les limites de leur action.

Fréquence relative des différentes espèces de dysménorrhées.

1171. Les deux formes de dysménorrhée que nous avons distinguées (1148) se manifestent également sous l'influence prédisposante ou déterminante des causes qui viennent d'être indiquées; toutefois la dysménorrhée hystéralgique est celle qui est le plus souvent observée, tandis que l'autre est une maladie rare; cela dépend évidemment de la plus grande facilité avec laquelle les conditions morbides qui la constituent se produisent dans l'économie.

Causes immé-

1172. Les causes immédiates des dysménorrhées se trou-

vent dans l'exagération des conditions physiologiques qui se produisent aux époques menstruelles (1119 *et sqq.*), troublées dans leur évolution normale. diates des dysménorrhées.

1173. La congestion utérine qui s'accomplit chaque mois, sous l'influence du travail organique qui se reproduit dans l'ovaire, si elle devient trop prononcée, si elle étend son atmosphère dans le système vasculaire abdominal, si la susceptibilité des sujets exagère l'influence qu'elle exerce à l'état physiologique sur tout l'organisme (1125), est évidemment le point de départ de tous les symptômes de la dysménorrhée hystéralgique; aussi ces symptômes se rapprochent-ils de ceux des congestions utérines inflammatoires en lesquelles on voit souvent se convertir les attaques de dysménorrhée hystéralgique. Cause immédiate de la dysménorrhée hystéralgique.

1174. La dysménorrhée hémorrhagique se rattache comme effet immédiat à la perturbation d'une hémorrhagie habituellement et périodiquement reproduite dans l'organisme (113, 1098, 1126). L'habitude des pertes de sang se lie nécessairement à un état pléthorique qui se reproduit comme l'hémorrhagie elle-même, et dont elle semble être la terminaison critique. Cet état pléthorique, ou plutôt cette préparation à la déperdition sanguine, se manifeste même comme effet des hémorrhagies artificielles périodiquement répétées (114) pour la manifestation régulière des menstrues; il n'est pas seulement l'effet des déperditions sanguines périodiques, il se lie très probablement à la fonction ovarique, et il arrive comme un des actes qui concourent à la produire (1125). On est fondé à le penser d'après les symptômes d'excitation générale du système circulatoire qui précèdent et accompagnent les attaques de ces maladies. Il suffit que l'hémorrhagie utérine ait été troublée pour qu'il survienne immédiatement une fluxion hémorrhagique sur quelque organe qui devient ainsi le siége accidentel d'une hyperaimie, suivie ou non d'extravasation sanguine. C'est ainsi que l'on conçoit la manifestation de la dysmé- Cause immédiate de la dysménorrhée hémorrhagique.

norrhée hémorrhagique; elle est toujours d'abord l'effet immédiat d'une perturbation de l'hémorrhagie menstruelle; il suffit ensuite de la reproduction, chaque mois, des conditions sous l'influence desquelles elle s'est développée pour favoriser son retour. Elle devient ainsi facilement une modification anomale permanente du flux menstruel.

Causes immédiates différentes, mais connexes, qui concourent à produire les dysménorrhées.

1175. En réunissant les résultats des observations cliniques, l'on est amené à séparer par l'analyse les divers actes physiologiques qui s'accomplissent dans la menstruation et les états morbides qui se lient aux perturbations de ces actes et à leur influence sur l'organisme.

L'hyperaimie utérine menstruelle peut, en occasionnant une surexcitation presque subinflammatoire de l'utérus, devenir la cause immédiate, l'élément constitutif de l'hystéralgie cataméniale.

L'influence exercée par l'acte qui s'accomplit chaque mois dans l'ovaire (1123), agissant sur le système nerveux d'une manière exagérée, détermine les accidents nerveux de l'hystéralgie, qui ne sont le plus souvent que l'exagération des phénomènes qui surviennent à chaque époque menstruelle chez beaucoup de femmes (1102).

L'état pléthorique qui se lie, soit à la menstruation considérée en elle-même et comme fonction, soit à l'habitude des hémorrhagies, augmenté par des causes extérieures ou par l'insuffisance des règles, prédispose immédiatement aux déviations hémorrhagiques qui caractérisent la dysménorrhée hémorrhagique.

Rapport nécessaire et constant des dysménorrhées avec la menstruation.

1176. Toutes les perturbations de la menstruation que l'on remarque dans les dysménorrhées n'empêchent pas l'accomplissement de l'acte dont l'ovaire est d'abord le siége et dont l'hémorrhagie menstruelle n'est qu'un résultat. Les phénomènes menstruels, qui surviennent toujours à un certain degré à chaque retour de la maladie (1150, 1159), montrent que la fonction ovarique se fait encore même lorsque les règles sont si peu marquées que les femmes s'a-

perçoivent à peine de leur présence. Cette circonstance, inaperçue jusqu'ici, a fait considérer les dysménorrhées dans lesquelles il n'y a pas d'hémorrhagie utérine assez prononcée pour être évidente, comme déterminant les accidents hystéralgiques et les hémorrhagies supplémentaires par le seul effet de la suppression de la menstruation; sans doute dans ce cas l'organisme éprouve l'influence de la non-manifestation presque complète d'une perte de sang habituelle, mais l'acte menstruel ovarique primordial n'est pas pour cela supprimé, et contribue nécessairement à la production des accidents. Depuis que nous avons été conduits à adopter les opinions que nos observations nous forcent d'admettre sur la menstruation (1122), nous n'avons pas encore rencontré une femme ayant des accidents dysménorrhéiques, chez laquelle il ne se soit manifesté, avec les symptômes ordinaires de l'apparition mensuelle des règles, au moins un vestige d'hémorrhagie ou d'écoulement sanguinolent par l'utérus, avec des douleurs lombaires et hypogastriques, de la turgescence aux mamelles, et souvent des épiphénomènes variés, que l'expérience a appris à chaque femme à regarder comme liés à chacune de ses périodes menstruelles (1102, 1105).

Chez toutes les femmes véritablement atteintes d'aménorrhée, état qui est toujours symptomatique (1130), nous n'avons jamais reconnu ni les symptômes ordinaires de l'apparition des règles, ni aucun vestige d'hémorrhagie menstruelle, ni aucun symptôme de dysménorrhée. Les ouvertures des cadavres, dans ces cas où la maladie première est souvent mortelle, expliquent l'aménorrhée et montrent qu'il n'existe dans l'ovaire ni trace de vésicule déchirée, ni cicatricule récente, et souvent même pas de vésicules de Graaff (1117). C'est donc l'acte qui s'accomplit chaque mois dans l'ovaire qui est la cause prochaine des accidents dysménorrhéiques, comme il est la cause occasionnelle de l'hémorrhagie menstruelle.

Art. III. Diagnostic des dysménorrhées.

Signes des dysménorrhées tirés de leur coïncidence avec les époques menstruelles.

1177. La dysménorrhée se caractérise d'abord par le fait constant de la coïncidence de ses attaques avec les époques périodiques de la manifestation des règles, et presque toujours par les symptômes précurseurs qui surviennent à chaque époque menstruelle. Ces symptômes, tout en conservant leur identité avec ceux qui se montrent habituellement tous les mois, ont seulement une intensité insolite qui les convertit en de véritables phénomènes morbides; ils constituent les prodrômes de l'attaque de dysménorrhée.

La coïncidence de la manifestation des règles avec les accidents dysménorrhéiques est un signe important pour leur diagnostic. Ce signe ne manque jamais, mais il est souvent peu marqué, et ne se reconnaît que lorsqu'on le recherche avec attention.

Diagnostic différentiel de la dysménorrhée hystéralgique et des coliques hémorrhoïdales.

1178. Les symptômes de la dysménorrhée hystéralgique ne peuvent être confondus avec aucun des accidents des maladies que nous avons étudiées jusqu'à présent, excepté ceux de la colique hémorrhoïdale ou entéro-hémorrhagique (399, 588); considérés en eux-mêmes, ils s'en distinguent d'autant plus difficilement que la coïncidence des attaques d'hémorrhoïdes ou d'entéro-hémorrhagie et des menstrues s'observe assez fréquemment. On parvient néanmoins à ne pas confondre ces affections en considérant les circonstances suivantes: d'abord pour l'hystéralgie cataméniale la coïncidence des attaques avec les époques menstruelles est constante, et fréquemment il y a déjà eu plusieurs fois manifestation de semblables accidents aux mêmes époques. Les douleurs tormineuses communes aux coliques hémorrhoïdales et hystéralgiques s'étendent pour celles-ci vers l'hypogastre, aux lombes, dans les fosses iliaques et souvent dans les aines; pour celles-là c'est à l'ombilic, d'où elles irradient dans les flancs et aux lombes, que les douleurs se manifestent; elles sont le plus souvent soulagées

par la pression hypogastrique qui exaspère les coliques hystéralgiques. Le gonflement et les douleurs mammaires qui manquent rarement dans l'hystéralgie cataméniale ne surviennent jamais dans les coliques hémorrhoïdales. La chaleur et la turgescence vers les organes génitaux, la manifestation d'un écoulement muqueux, mucoso-séreux et même sanguinolent par le vagin, n'indiquent l'hystéralgie cataméniale qu'à cause de l'époque à laquelle se trouvent les femmes : car ces symptômes se montrent dans les attaques d'hémorrhoïdes (588); il est vrai que dans ce cas les hémorrhoïdes sont elles-mêmes un signe diagnostic important; leur manifestation et leur turgescence, ou la manifestation d'un flux hémorrhoïdal, liées aux accidents tormineux, suffisent pour qu'on ne puisse plus considérer la maladie comme une hystéralgie cataméniale.

1179. Si l'hystéralgie cataméniale survient comme point de départ ou comme symptôme d'une phlegmasie aiguë de l'utérus ou de ses annexes, les symptômes inflammatoires généraux qui se manifestent alors et les signes de la phlegmasie locale suffisent pour déterminer le diagnostic.

Diagnostic des hémorrhagies dysménorrhéiques.

1180. La dysménorrhée hémorrhagique ne peut se confondre avec aucune autre maladie. On voit bien quelquefois se manifester des hémorrhagies par différents organes survenant d'une manière supplémentaire et par suite d'une habitude de pertes de sang sur des personnes habituées à des hémorrhagies par différentes parties, qui ont cessé de se montrer ou qui ont été troublées. Les hémorrhagies dysménorrhéiques ne sont pas seulement le résultat de l'influence que l'organisme a éprouvé de l'habitude des règles, elles sont dépendantes immédiatement de la condition physiologique menstruelle; aussi la coïncidence des hémorrhagies avec les époques, et leur rapport avec les phénomènes spéciaux de la menstruation, constituent-ils le caractère pathognomonique des hémorrhagies dysménorrhéiques, quel que soit leur siége.

Art. IV. Prognostic des dysménorrhées.

Prognostic des hystéralgies cataméniales, quant aux accidents morbides qui leur succèdent.

1181. Les dysménorrhées hystéralgiques ne mettent point ordinairement la vie en danger; leur suite la plus fâcheuse, et même la seule qu'elles entraînent quelquefois immédiatement, est l'inflammation utérine (1156), et encore n'est-ce que comme causes prédisposantes qu'elles concourent à la produire.

Les symptômes hystéralgiques sont quelquefois si intenses, ils sont toujours si douloureux, qu'ils effraient vivement les malades et leur famille. Si la vie n'est jamais compromise par ces accidents, ils n'en exercent pas moins une grande influence sur toutes les fonctions, et principalement sur celles du système nerveux, aussi laissent-ils subsister chez les malades une susceptibilité nerveuse qui exagère en elles les plus légères impressions, les rend sujettes pendant une partie de leur vie aux accidents spasmodiques, et devient ainsi une cause immédiate de maladie et une cause de retour de semblables accidents aux périodes menstruelles suivantes (1170). L'état habituel de maigreur dans lequel ces maladies jettent les femmes indique aussi qu'elles agissent sur la nutrition.

Prognostic de la dysménorrhée hémorrhagique quant à l'intensité des accidents qu'elle produit.

1182. La dysménorrhée hémorrhagique n'entraîne que les accidents qui se rattachent aux hémorrhagies qu'elle détermine dans différents organes, aussi le prognostic de ces hémorrhagies lui est-il immédiatement applicable, tant pour les accidents qui sont l'effet immédiat de l'hyperaimie et de l'hémorrhagie, que pour l'oligaimie qui peut être le résultat des pertes de sang prolongées ou abondantes.

Considérée en elle-même, et indépendamment des organes sur lesquels elle provoque le molimen hémorrhagique, la dysménorrhée dont il s'agit est toujours grave; elle se montre extrêmement rebelle, elle récidive avec une excessive facilité, malgré le traitement le plus rationnel; et comme elle change facilement de siége à chaque attaque,

l'on ne peut jamais affirmer, même d'après les accidents qu'elle a déjà déterminés dans des attaques réitérées, qu'elle ne produira pas des hémorrhagies sur des organes où leur présence peut être suivie d'accidents graves.

Rapports des dysménorrhées avec l'accomplissement des fonctions utérines.

1183. La copulation n'est pas féconde pour le plus grand nombre des femmes dysménorrhéiques. Cependant l'on observe souvent des exceptions à ce fait général, surtout pour la dysménorrhée hystéralgique.

La dysménorrhée est ordinairement interrompue par la grossesse et l'allaitement. Il est vrai qu'elle se reproduit le plus ordinairement ensuite quand la fonction menstruelle se rétablit. Les cas les plus heureux, et aussi les plus rares, sont ceux dans lesquels la grossesse fait disparaître sans retour les accidents dysménorrhéiques.

L'âge critique fait cesser définitivement les dysménorrhées, qui perdent toujours de leur intensité à mesure que la femme approche de cet âge.

La grossesse survenant chez les femmes affectées de dysménorrhée, et surtout de dysménorrhée hystéralgique, est souvent interrompue par des avortements qui se produisent le plus souvent aux époques menstruelles. La possibilité de ces avortements, qui s'accompagnent toujours des accidents ordinaires de la dysménorrhée, doit entrer dans le prognostic de cette maladie quand la grossesse vient en suspendre la marche périodique. Ces avortements sont d'autant plus fâcheux qu'ils aggravent pour plusieurs mois, et souvent pour des années, l'intensité de la maladie.

Art. V. Thérapeutique des dysménorrhées.

1184. La curation rationnelle des dysménorrhées se dirige contre les accidents dysménorrhéiques existants, et dans les intervalles des attaques, pour prévenir le retour et interrompre l'habitude de ces accidents.

Indications thérapeutiques

1185. Dans les attaques de dysménorrhée hystéralgique,

que fournit l'état d'hyperaimie utérine dans les attaques de dysménorrhée hystéralgique.

l'hyperaimie dont l'utérus est le siége, et que l'hémorrhagie menstruelle doit terminer, fournit les indications les plus directes; il faut la modérer par le repos continu, la position horizontale, le calme d'esprit, l'absence de toute excitation agissant surtout sur les organes génitaux; l'usage des aliments peu stimulants, donnés en petite quantité, etc.

Si la congestion utérine est très prononcée, il faut la combattre par des émissions sanguines révulsives ou dérivatives : ainsi des saignées du bras ou des veines saphènes, des émissions sanguines locales par les sangsues, ou par les scarifications aux aines, aux lombes, sur les fosses iliaques, sur les flancs, sont souvent, dans ces cas, suivies d'heureux résultats. L'écoulement des règles ne doit pas empêcher de recourir à ces moyens : il ne se supprime pas sous leur influence; il arrive même le plus souvent qu'il s'établit avec plus de facilité et d'abondance (1137). L'observation prouve que la condition la plus favorable pour la manifestation des règles est un degré d'hyperaimie utérine modérée. Quand la matrice est le siége d'une congestion sanguine trop intense, l'hémorrhagie ne s'établit que difficilement, et l'inflammation de l'utérus est imminente.

La saignée générale est un excellent moyen de diminuer l'intensité de l'hyperaimie utérine menstruelle : elle est absolument indiquée quand cette hyperaimie est liée à un état pléthorique; on la pratique alors avec hardiesse. Si au contraire la pléthore est modérée, on n'y a recours qu'avec mesure. Lorsqu'on la pratique dès l'invasion des prodrômes d'hystéralgie cataméniale, la saignée fait souvent avorter les accidents; aussi chez les femmes d'un tempérament sanguin et disposées à la pléthore, ou qui sont abondamment menstruées, est-ce une excellente pratique que d'avoir recours à une petite saignée chaque mois, à l'époque des règles, et même deux ou trois jours avant, pour prévenir les attaques d'hystéralgie, et en interrompre l'habitude.

Indications thérapeutiques

1186. L'influence que l'hyperaimie utérine menstruelle

exerce sur l'organisme n'est pas seulement mesurée par son intensité; elle est évidemment aussi proportionnée à la susceptibilité nerveuse des sujets. L'irritabilité extrême de beaucoup de femmes, exagérée encore par la répétition des accidents hystéralgiques, leur fait percevoir d'une manière désordonnée l'influence de la congestion utérine menstruelle et de l'acte organique dont les ovaires sont alors le siége (1119). L'indication de recourir à des moyens antispasmodiques et sédatifs du système nerveux résulte de cette idiosyncrasie. Parmi ces moyens, les sédatifs qui agissent le plus spécialement sur l'appareil utérin doivent être préférés; ainsi l'assa fœtida, administré surtout en lavement, le castoréum, nous ont été souvent d'un grand secours dans ces cas. L'opium a des effets variables; le plus souvent il fait cesser les douleurs hystéralgiques, et quelquefois il les augmente. Nous l'avons administré avec ces résultats opposés, tantôt par la bouche, tantôt par le rectum; mais l'expérience nous a aussi appris que, si l'on unit ce remède à des excitants diffusibles, comme l'éther, ou le camphre, ou la teinture de mélisse, ou de menthe, il n'occasionne pas en général ces effets fâcheux, et constitue le remède antispasmodique et sédatif qui mérite alors le plus de confiance. Nous avons bien des fois fait cesser immédiatement par l'opium donné de cette manière des accidents hystéralgiques qu'il avait exaspérés lorsqu'on l'avait administré seul.

qui résultent de la susceptibilité du système nerveux; moyens d'y satisfaire.

En même temps que l'on combat ainsi les accidents hystéralgiques par les sédatifs spéciaux de l'appareil utérin, il est toujours utile de recourir aux sédatifs antispasmodiques qui agissent sur tout l'organisme. Ainsi les bains frais prolongés, les affusions fraîches, font souvent cesser les douleurs hystéralgiques, ou au moins les modèrent beaucoup, en calmant l'excitation nerveuse que provoque dans tout l'organisme l'affection abdominale. Est-il besoin d'insister sur la nécessité de ne prescrire ces moyens qu'après qu'on a

calmé les accidents d'hyperaimie et de pléthore par la médication qui leur est appropriée (1185) ?

Utilité des purgatifs contre l'hystéralgie cataméniale.

1187. Avant de prescrire les antispasmodiques et pendant qu'on y a recours contre les douleurs hystéralgiques, on ne doit jamais négliger l'administration des purgatifs surtout si la malade a de la constipation : il n'est peut-être aucun moyen thérapeutique dont on retire plus d'avantages, et dont l'omission soit plus propre à empêcher les bons effets de tous les autres remèdes. Qu'ils soient utiles en prévenant l'accumulation des fèces dans l'intestin, ou en exerçant sur la muqueuse intestinale une excitation dérivative par rapport à l'appareil utérin, l'observation clinique atteste dans la plupart des cas leurs bons effets.

Traitement général indiqué dans les intervalles des attaques d'hystéralgie cataméniale.

1188. Le traitement qu'on doit conseiller dans les intervalles des attaques d'hystéralgie cataméniale, pour les prévenir et en rompre la succession habituelle, repose sur les mêmes indications que celui par lequel on combat l'hystéralgie manifestée. Réprimer l'état pléthorique, modérer et prévenir l'hyperaimie utérine imminente (1185), atténuer la susceptibilité extrême de l'appareil utérin et du système nerveux en général (1186), tels sont les résultats qu'il faut se proposer d'obtenir.

Le traitement curatif et prophylactique de la pléthore (156 *et sqq.*) est toujours indiqué, au moins pour les moyens diététiques qu'il comprend, comme méthode de traitement prophylactique des attaques d'hystéralgie cataméniale ; il est aussi le plus directement utile pour modérer l'activité de la fluxion hyperaimique que chaque époque menstruelle ramène vers l'utérus. Mais tout en ayant recours aux moyens thérapeutiques que comporte ce traitement, il ne faut pas dépasser dans leur emploi une certaine limite imposée par la nécessité de les continuer pendant un temps assez long et de ménager les forces des malades. On ne doit pas perdre de vue qu'on ne peut obtenir la cessation de la maladie qu'en modifiant d'une ma-

nière permanente l'équilibre des fonctions des appareils circulatoire et nerveux vicié de telle manière que l'accomplissement de la menstruation, par l'influence exagérée et anomale qu'il exerce sur l'organisme, reproduit chaque mois les accidents morbides (1151). C'est en effet là l'indication thérapeutique capitale : on la remplit en déterminant sur une grande étendue du système tégumentaire des mouvements fluxionnaires qui activent les fonctions de ses vaisseaux et agissent comme dérivatifs et révulsifs par rapport aux organes internes, et en dirigeant sur le système nerveux des moyens sédatifs puissants pour tempérer son excitabilité. Les bains froids peu prolongés et répétés chaque jour, les affusions froides, les frictions sèches à la peau, les bains alcalins chauds ou froids, comme les bains de mer, sont les moyens sur lesquels il faut le plus compter pour obtenir ces effets thérapeutiques. Une précaution importante pour les assurer consiste à ne donner à ces moyens qu'une activité modérée, et à les continuer avec opiniâtreté pendant un temps assez long. C'est un principe général de thérapeutique d'une grande importance pour le traitement des maladies qui sont devenues habituelles, qu'il faut que la médication modifie avec lenteur, d'une manière progressive et pour long-temps l'organisme.

Thérapeutique spéciale de la dysménorrhée hémorrhagique.

1189. La dysménorrhée hémorrhagique doit être traitée d'après toutes les indications que nous venons d'exposer pour la curation de l'hystéralgie cataméniale, quand elle est surtout jointe à des symptômes hystéralgiques dont elle est rarement tout à fait exempte (1166); son traitement repose néanmoins aussi sur des indications spéciales.

L'hyperaimie et l'hémorrhagie utérines à un certain degré d'intensité sont l'état normal qu'il faut tâcher d'obtenir pour la curation de la dysménorrhée hémorrhagique. Elles sont insuffisantes dans cette maladie, puisque pendant que la fluxion et l'écoulement sanguin se manifestent à un

faible degré sur l'utérus, des hyperaimies et des hémorrhagies comme supplémentaires s'établissent sur des organes éloignés. L'indication la plus directe est donc d'appeler sur l'utérus un molimen hémorrhagique plus prononcé. C'est dans ce but qu'on détermine à l'extérieur des congestions sanguines ou des hémorrhagies artificielles, qui agissent par continuité et médiatement sur l'appareil vasculaire propre aux organes génitaux internes, ou que l'on opère directement sur l'utérus des émissions sanguines qui, tout en évacuant ses vaisseaux, n'y donnent qu'une plus grande activité à la circulation. Les moyens par lesquels on agit directement sur la circulation utérine sont les émissions sanguines opérées sur le col utérin par l'application des sangsues; ceux par lesquels on n'agit que médiatement sont les topiques irritants, les ventouses, les scarifications, les saignées locales vers les organes génitaux externes et à la partie supérieure des cuisses.

L'emploi méthodique de ces agents thérapeutiques se règle sur la considération de la marche de la maladie, évidemment tracée par la succession et la durée des actes menstruels. C'est aux époques des règles qu'il faut les prescrire, et même dès la manifestation de leurs prodrômes ordinaires, c'est-à-dire un ou deux jours avant leur apparition; on doit ensuite prolonger leur action d'une manière continue, ou au moins presque sans interruption pendant le temps ordinaire de la durée des règles : on en obtient ainsi plus d'utilité qu'on n'en retirerait si on les appliquait avec une grande énergie et pendant un temps très court. C'est ainsi que l'application quotidienne, pendant quatre à cinq jours chaque mois, ou même réitérée deux fois par jour aux époques menstruelles, de deux ou trois sangsues au col de l'utérus ou à la vulve, ou de ventouses scarifiées ou même sèches aux cuisses, secondée par l'usage quotidien des bains de siége très chauds, suffit le plus souvent, si l'on persiste pendant un temps assez long dans son emploi,

pour rétablir et régulariser l'hémorrhagie utérine menstruelle, et faire cesser l'hyperaimie et l'hémorrhagie anomales (1162).

Traitement prophylactique des attaques de dysménorrhée hémorrhagique.

1190. L'administration des médicaments emménagogues constitue le principal moyen de traitement prophylactique des attaques de la dysménorrhée hémorrhagique, pourvu qu'il n'existe ni état de pléthore sanguine, ni hyperaimie locale, que l'action excitante générale de ces médicaments puisse augmenter. L'influence spéciale qu'ils exercent sur les ovaires et sur l'utérus, et par suite de laquelle ils favorisent la turgescence de ces organes et l'établissement des congestions et des hémorrhagies sur la matrice, contr'indique évidemment l'administration de ces remèdes dans les hystéralgies cataméniales, dont ils aggraveraient les accidents. Mais dans un état pathologique où l'absence de la congestion utérine et de l'hémorrhagie menstruelle normales est la première lésion, l'action des emménagogues est directement indiquée. Parmi ces médicaments, le safran et l'armoise nous paraissent mériter la préférence.

Cette médication ne peut avoir d'effets avantageux que lorsqu'on la continue pendant un certain temps dans les intervalles des règles; on assure mieux encore ses bons résultats en ayant en même temps recours aux moyens qui favorisent directement la congestion sur l'utérus en agissant sur son appareil vasculaire.

Moyens qui doivent être dirigés, pour la curation des déviations menstruelles, sur les organes vers lesquels tendent à s'établir les hémorrhagies secondaires.

1191. Pendant qu'on prépare et qu'on favorise l'établissement de l'hyperaimie et de l'hémorrhagie utérines menstruelles, pour prévenir les hémorrhagies anomales qui sont le résultat de leur déviation ou de leur insuffisance, on doit s'efforcer de contrarier l'établissement de ces dernières par les moyens de traitement les plus propres à atténuer l'activité de la circulation dans les organes qui en sont habituellement le siége, ou vers lesquels se montrent des prodrômes qui peuvent faire craindre leur manifestation. Ces moyens thérapeutiques sont tous ceux auxquels on a habi-

tuellement recours dans le traitement des hémorrhagies idiopathiques de ces organes; ils consistent, spécialement pour les cas qui nous occupent, dans les applications froides (178) pratiquées sur les parties qui sont menacées d'hémorrhagie. Ces remèdes ont souvent peu d'efficacité, parce que l'on se trouve forcé de restreindre leur activité de manière à ne pas contrarier l'effet, bien plus utile encore, de ceux par lesquels on favorise directement la reproduction normale des menstrues (1189).

CHAPITRE III.

Des métro-hémorrhagies.

Définition des maladies désignées par la dénomination de *métro-hémorrhagie.*

1192. La surface interne de l'utérus devient le siége d'une exhalation sanguine dans deux circonstances normales qui se rapportent la première à la menstruation, et la seconde à l'accouchement. Ces hémorrhagies physiologiques se convertissent, dans des cas déterminés, en des hémorrhagies morbides, dont nous allons traiter dans ce chapitre.

Pour les flux sanguins menstruels, l'état pathologique arrive quand ils acquièrent une intensité ou une durée extraordinaires, ou quand ils se reproduisent à des époques insolites qui ne permettent plus de les considérer comme liés aux actes qui s'accomplissent dans l'ovaire (1118). Pour l'hémorrhagie qui succède à la parturition, et qui est liée dans son origine aux changements qui s'opèrent dans l'utérus après l'accouchement, l'extravasation sanguine intra-utérine devient un état pathologique quand elle acquiert une intensité ou une durée insolites.

La définition des hémorrhagies morbides qui vont nous occuper ne repose donc pas seulement sur le fait de l'existence de l'hémorrhagie intra-utérine; mais elle comprend aussi la condition que cette hémorrhagie se montre avec une intensité ou une durée insolites, ou à des époques aux-

quelles l'utérus ne doit point verser de sang par sa surface interne. Toute hémorrhagie utérine qui paraît avec ces conditions est un état pathologique que nous désignons sous le nom de ***métro-hémorrhagie*** [1].

Connexion des métro-hémorrhagies considérées comme maladies avec les hémorrhagies intra-utérines normales.

1193. L'exhalation sanguine intra-utérine menstruelle ou puerpérale, comme tous les phénomènes physiologiques, varie en intensité dans des limites écartées, non-seulement pour la perte de sang, mais pour tous les phénomènes qui existent avec elle (1099). Cette circonstance fait qu'il est quelquefois impossible de poser les limites qui séparent l'état de santé, dans lequel tous les phénomènes s'accomplissent avec une grande activité, de l'état de maladie modéré; cela importe peu du reste au médecin, car, dans tous les cas, les phénomènes ne pouvant varier que du plus au moins, leur nature est la même, quel que soit leur degré d'intensité. Dès qu'il s'agit de recourir à des moyens thérapeutiques, soit pour réprimer l'état physiologique qui menace de dépasser ses limites habituelles, soit pour diminuer l'intensité des accidents devenus alors évidemment anomaux par la violence ou l'irrégularité de certains de leurs phénomènes, c'est toujours dans la nature même de l'état morbide et dans l'appréciation des phénomènes qui s'y rattachent que se trouve la source des indications rationnelles.

Divisions principales des métro-hémorrhagies.

1194. Nous comprenons sous la dénomination de métro-hémorrhagie toutes les hémorrhagies par exhalation sanguine intra-utérine qui surviennent d'une manière anomale, soit que les anomalies consistent dans l'intensité et la durée des phénomènes ordinaires des hémorrhagies intra-utérines menstruelles ou puerpérales, soit qu'elles portent sur les époques de la manifestation de ces hémorrhagies relativement à l'âge et aux autres conditions physiologiques particulières à l'individu.

[1] Métro-hémorrhagie, *metro-hæmorrhagia*, de μήτρα, matrice, *uterus*, et αἱμορῥαγία, hémorrhagie.

Ainsi, les métro-hémorrhagies, considérées comme maladies, comprennent :

1° Toutes les hémorrhagies menstruelles immodérées, ou trop prolongées, ou qui se reproduisent à des époques insolites : ce sont ces hémorrhagies que l'on a désignées plus spécialement sous le nom de *ménorrhagies*;

2° Toutes les hémorrhagies utérines qui surviennent dans des conditions physiologiques qui excluent leur présence, telles sont les hémorrhagies utérines qui se manifestent avant la puberté, après l'âge critique, pendant la gestation et durant l'allaitement;

3° Les pertes de sang trop abondantes ou trop prolongées qui surviennent par l'utérus au moment de la parturition, ou pendant les couches. Est-il besoin d'avertir que nous ne comprenons point parmi ces dernières hémorrhagies utérines, celles qui arrivent au moment même de l'accouchement par suite de l'inertie de la matrice? ces métro-hémorrhagies, évidemment symptomatiques, sont secondaires à un état pathologique dont il sera question ailleurs. Les métro-hémorrhagies puerpérales qui doivent nous occuper sont celles qui résultent d'une altération de l'écoulement lochial devenu trop abondant ou se prolongeant au delà de sa durée normale.

Art. I. Des symptômes des métro-hémorrhagies.

Constance des prodrômes au début des métro-hémorrhagies.

1195. Presque toutes les métro-hémorrhagies ont des symptômes précurseurs. Ces prodrômes ne manquent guère que pour les métro-hémorrhagies qui succèdent immédiatement à l'action inopinée de quelques causes violentes, et même, encore dans ces cas, l'invasion évidente de l'hémorrhagie utérine est-elle souvent séparée de l'effet immédiat de la cause par des accidents d'hyperaimie utérine plus ou moins intenses. Cela arrive aussi dans le plus grand nombre des cas où l'hémorrhagie intra-utérine, existant déjà sous la forme normale de menstrues

ou de lochies, se convertit en un véritable état morbide.

1196. Les prodrômes des métro-hémorrhagies sont le plus souvent semblables aux phénomènes qui précèdent une abondante hémorrhagie menstruelle (1098); ils consistent principalement en une douleur gravative aux lombes et à l'hypogastre, se faisant sentir principalement pendant la station et lorsque la femme se livre à des mouvements étendus. A ces phénomènes, qui sont évidemment des symptômes directs d'hyperaimie utérine, se joignent ordinairement un état de malaise général, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, de l'agitation, et des coliques obtuses dans les flancs et vers l'ombilic, et quelquefois des selles diarrhéiques et des épreintes.

Prodrômes des métro-hémorrhagies.

1197. Des épiphénomènes variables, et différents presque chez chaque sujet par leur intensité et par leur forme, se manifestent le plus ordinairement avec ces symptômes précurseurs. Parmi ces épiphénomènes qui participent des accidents de l'hystéralgie cataméniale (1150), les principaux et les plus fréquents sont des vertiges, des lipothymies, des bouffées de chaleur générale et comme fébrile alternant avec des horripilations, des douleurs obtuses à l'épigastre, des douleurs tormineuses sous-ombilicales, souvent des nausées, et même quelquefois des vomissements, des crampes dans les membres, de la courbature, des mouvements spasmodiques irréguliers survenant pour la moindre cause, des palpitations, une irascibilité extrême, etc.

Épiphénomènes qui surviennent comme prodrômes des métro-hémorrhagies.

1198. Les prodrômes des métro-hémorrhagies sont d'autant moins prononcés que la maladie se montre sous une forme moins aiguë et avec une plus faible intensité. Dans les métro-hémorrhagies qui suivent une marche chronique (1223), ces symptômes précurseurs reviennent d'une manière intermittente, et précèdent ordinairement les recrudescences des accidents et la manifestation du retour de la maladie à l'état aigu, qui surviennent si souvent pendant le cours de la métro-hémorrhagie chronique (1209).

Intensité variable des prodrômes des métro-hémorrhagies.

Transition des accidents précurseurs de la métro-hémorrhagie aux accidents d'invasion de cette maladie.

1199. Les symptômes précurseurs des métro-hémorrhagies diminuent rarement d'intensité par l'invasion décidée de l'hémorrhagie utérine; ils persistent ordinairement pendant les deux ou trois premiers jours de sa durée, sans se modifier ou au moins sans perdre beaucoup de leur intensité, aussi constituent-ils les principaux symptômes communs à toutes les métro-hémorrhagies.

Symptômes d'invasion de la metro-hémorrhagie.

1200. La manifestation d'un écoulement sanguin par la vulve constitue le premier symptôme d'invasion réelle de la métro-hémorrhagie, dans tous les cas où cette maladie se manifeste hors des conditions physiologiques dans lesquelles une hémorrhagie normale intra-utérine peut survenir (1194). Mais comme le plus souvent l'état pathologique ne résulte que de la persistance et de l'intensité insolites d'une hémorrhagie utérine normale, l'écoulement du sang par les organes génitaux peut n'être que l'effet d'une condition physiologique, ou constituer seulement le prodrôme de l'état pathologique. Cette circonstance exige que nous considérions ici, soit comme phénomènes précurseurs de la métro-hémorrhagie, soit comme indiquant son invasion, les symptômes des hémorrhagies régulières qui peuvent se convertir en métro-hémorrhagies morbides.

Rapports de l'invasion de la métro-hémorrhagie avec la manifestation des règles.

1201. La métro-hémorrhagie qui survient pendant le cours de l'hémorrhagie menstruelle a pour prodrôme les menstrues elles-mêmes, qui s'annoncent dans ces cas par leurs phénomènes habituels, devenus seulement d'une intensité insolite. Son invasion comme état morbide se montre quand la quantité de sang qui s'écoule devient rapidement plus considérable que dans l'état ordinaire, ou encore lorsqu'à la période à laquelle l'hémorrhagie menstruelle doit diminuer, l'écoulement du sang persiste en quantité insolite, ou enfin lorsqu'il se prolonge après le temps ordinaire de la durée des règles. On conçoit que dans ces cas il n'y a guère de mesure générale à établir pour ces diverses conditions; elles varient suivant les sujets, et

même pour chaque sujet, selon les circonstances dans lesquelles il a été placé. Le flux menstruel plus abondant qu'à l'ordinaire, ou prolongé pendant quelques jours de plus, ne constitue pas réellement encore un état morbide, lorsqu'il ne s'y joint pas des épiphénomènes graves (1099).

Ce qui ajoute encore à la nécessité de tenir compte de ces circonstances, c'est que l'invasion de la métro-hémorrhagie se fait le plus souvent à l'époque régulière des menstrues, à moins qu'elle ne soit déterminée par une cause occasionnelle d'une grande activité. Le plus ordinairement même dans ce dernier cas l'action de la cause n'est immédiatement suivie que de la manifestation des prodrômes de la métro-hémorrhagie qui persistent jusqu'à l'époque menstruelle suivante (1195), où l'hémorrhagie utérine survient tout d'un coup avec une intensité qui ne permet plus d'y reconnaître l'invasion ordinairement progressive du simple flux menstruel. La durée des prodrômes de la métro-hémorrhagie est alors mesurée par tout l'intervalle qui reste encore à parcourir jusqu'à l'époque de la prochaine apparition normale des règles. Il est néanmoins assez fréquent que cette époque soit alors avancée de plusieurs jours, et que quelquefois aussi une légère hémorrhagie utérine se déclare en même temps que les prodrômes, et persiste en restant très modérée jusqu'au moment de l'époque menstruelle où elle prend tout d'un coup une intensité insolite.

Rapport des symptômes de la métro-hémorrhagie avec ceux de l'hémorrhagie lochiale.

1202. Pour bien apprécier la nature et l'intensité des phénomènes précurseurs et des symptômes des métro-hémorrhagies des femmes en couche, il faut prendre pour point de départ la manière dont se comporte dans l'état normal l'hémorrhagie qui succède à l'accouchement.

Des phénomènes physiologiques de l'écoulement lochial.

1203. L'hémorrhagie utérine lochiale commence dès la fin du travail de la parturition; elle n'est pas seulement fournie par les vaisseaux utérins dégagés des adhérences placentaires, et revenant sur eux-mêmes à mesure que la

rétraction utérine s'accomplit, elle provient aussi à un certain degré des déchirures que le col de l'utérus subit au moment de l'accouchement; sous ce dernier rapport, c'est une hémorrhagie en partie traumatique. Quelques heures après l'accouchement, l'hémorrhagie lochiale n'est plus qu'un écoulement sanguin peu considérable qui diminue d'instant en instant, non pas d'une manière régulière, mais avec des exacerbations qui coïncident ordinairement avec l'expulsion des caillots qui se sont formés dans l'utérus et le vagin immédiatement après l'accouchement. Ces exacerbations hémorrhagiques et l'expulsion de ces caillots arrivent ordinairement avec des symptômes d'autant plus prononcés que les femmes ont accouché un plus grand nombre de fois. Ces symptômes consistent dans des douleurs tormineuses lombo-hypogastriques qui constituent de vraies coliques utérines. Le deuxième jour, ou au plus tard le troisième, l'hémorrhagie utérine ne donne issue qu'à du sang séreux, mêlé de mucosités qui deviennent de plus en plus abondantes, et prennent de plus en plus le caractère de matières comme sanieuses fournies par le travail inflammatoire qui survient toujours à un certain degré dans la cavité utérine après l'accouchement. A l'invasion de la fièvre de lait, il ne s'écoule plus de sang de la cavité utérine; tout au plus la matière sanieuse est-elle colorée par une petite quantité de cruor. La fièvre de lait établie, cette dernière trace de l'hémorrhagie disparaît, et il ne s'écoule plus de sang de l'utérus jusqu'à l'époque du rétablissement des règles (1107).

Dans l'état physiologique, la quantité de sang que les femmes perdent après l'accouchement et les symptômes qui accompagnent cette hémorrhagie varient dans des limites assez écartées, différentes suivant les individus. Il y a ordinairement à cet égard un rapport assez exact entre les phénomènes de cette hémorrhagie et ceux de l'hémorrhagie menstruelle de chaque femme. Mais, quelles que soient ces

variations, elles ne sont jamais portées à ce degré de faire persister l'hémorrhagie après la fièvre de lait; tout au plus chez quelques femmes dont l'hémorrhagie normale consécutive à l'accouchement est fort abondante, la fièvre de lait est-elle retardée de vingt-quatre heures; lors donc que l'hémorrhagie se montre avec des symptômes qui dépassent cette mesure, il y a réellement métro-hémorrhagie, et l'invasion d'un état morbide est incontestable.

De la conversion de l'hémorrhagie lochiale en métro-hémorrhagie.

1204. L'invasion de la métro-hémorrhagie, chez les femmes en couches, s'annonce par une intensité plus prononcée des coliques utérines que dans l'état ordinaire, et par la sortie d'une quantité considérable de sang arrivant d'une manière continue, et augmentant à chaque expulsion de caillots qui se renouvellent plus souvent, et pendant un temps plus long que dans l'état normal. Le plus ordinairement cette invasion d'accidents n'arrive pas immédiatement après l'accouchement; elle ne se manifeste dans la plupart des cas que le deuxième et même le troisième jour après que le décroissement de l'hémorrhagie immédiatement consécutive à l'accouchement s'est accompli. La métro-hémorrhagie s'établit le plus souvent d'une manière progressive par l'écoulement d'une quantité d'abord très faible de sang qui devient ensuite de plus en plus abondante. Elle se manifeste alors par l'invasion de douleurs lombaires et hypogastriques, s'aggravant d'instant en instant par des coliques utérines. Le sang continue à couler par le vagin; la fièvre de lait ne se manifeste pas, ou si elle arrive, elle est très faible et n'interrompt pas l'hémorrhagie, ou au moins ne fait que la diminuer pendant quelques heures, un jour au plus. L'hémorrhagie persiste ensuite avec plus ou moins d'abondance.

Des phénomènes initiaux de la métro-hémorrhagie des nourrices.

1205. Quand l'hémorrhagie utérine survient après la fièvre de lait, elle est toujours un état morbide; elle s'annonce constamment par les prodrômes que nous avons indiqués (1196), et la manifestation de l'issue du sang par le

vagin indique toujours alors l'invasion d'une métro-hémorrhagie.

1206. Chez les femmes qui sont nourrices les règles peuvent se montrer sans qu'il y ait réellement état morbide (1106); mais si l'écoulement de sang devient très abondant ou persiste pendant un temps plus long que la durée ordinaire des règles, il y a état de maladie. La métro-hémorrhagie s'accompagne presque toujours alors, dès son invasion, d'une diminution considérable de la quantité du lait, et de la conversion du produit de la sécrétion mammaire en un liquide séreux, qui exerce souvent, comme le colostrum, une action purgative sur le nourrisson.

Symptômes d'invasion des métro-hémorrhagies après l'accouchement chez les femmes qui n'allaitent pas.

1207. Le retour des règles après l'accouchement, chez les femmes qui n'allaitent pas, subit des variations assez étendues pour l'époque à laquelle il revient, et quant aux symptômes utérins dont il s'accompagne (1107); on ne peut donc pas considérer encore d'une manière absolue la métro-hémorrhagie et ses prodrômes dans ces circonstances comme étant dans tous les cas un état morbide, quand ils surviennent à une époque plus rapprochée de l'accouchement que celle que nous avons indiquée. Toutefois, on ne connaît pas d'observation incontestable, ou au moins n'en trouve-t-on aucune dans les auteurs, sur le retour des règles survenant en la forme ordinaire, avant trois à quatre semaines après l'accouchement. Si donc une hémorrhagie utérine arrive dans cet intervalle, il faut la considérer comme un état morbide, et même encore après cette époque faut-il se tenir en garde contre l'invasion de semblables accidents, quand des prodrômes prononcés de métro-hémorrhagie, et l'écoulement de sang provenant de l'utérus, se montrent; car fréquemment le retour même des règles arrive alors avec une intensité insolite qui constitue une véritable maladie hémorrhagique.

De la métro-hémorrhagie chez les impu-

1208. Les jeunes filles impubères sont quelquefois, quoique rarement, affectées de métro-hémorrhagie. Lamotte a

rapporté un exemple de cette maladie, observé chez une fille de sept ans, par suite d'un état de pléthore assez prononcé pour qu'il ait fallu recourir à la saignée [1]. Cette maladie est plus fréquente chez les femmes qui ont passé l'âge critique que chez les jeunes filles; on en cite des exemples chez des femmes d'un âge très avancé; toutefois il faut n'accueillir qu'avec réserve les faits de cette espèce, car souvent ces métro-hémorrhagies sont des symptômes d'hétérosarcoses utérines, dont il est permis de penser, d'après même la lecture des observations, que la présence a été méconnue.

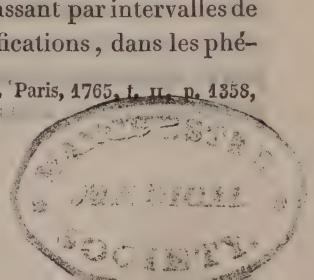
bères et à l'âge critique.

A s'en tenir aux conséquences générales des faits, la métro-hémorrhagie est une maladie des femmes pubères; les femmes y sont le plus exposées vers le milieu de l'intervalle de la puberté à l'âge critique; toutefois elle survient aussi aux approches de cet âge, et sa manifestation indique assez souvent l'imminence de la cessation définitive de la menstruation (1104).

1209. L'invasion de la métro-hémorrhagie une fois établie, les accidents varient dans leur intensité et leur succession. Tantôt ils suivent une marche aiguë, augmentant ou au moins persistant avec intensité, jusqu'à leur terminaison; tantôt ils ne conservent leur intensité et leur marche rapide que pendant quelques jours, et quelquefois même seulement durant quelques heures, pour persister ensuite d'une manière chronique avec une intensité modérée pendant un temps plus ou moins long; tantôt l'hémorrhagie utérine se montre dès son début avec peu d'abondance, et ne déterminant que des symptômes très peu prononcés. Enfin, il n'est pas rare que la métro-hémorrhagie participe à la fois et pendant toute sa durée de la forme aiguë et de la forme chronique, en passant par intervalles de l'une à l'autre. Ces différentes modifications, dans les phé-

Marche des accidents de la métro-hémorrhagie confirmée.

[1] *Traité complet des accouch.*, nouv. édit. Paris, 1765, t. II, p. 1358, obs. 432.



nomènes morbides, sont presque toujours assez facilement expliquées par les diverses causes qui agissent sur les malades à l'origine et durant le cours de la métro-hémorrhagie.

Marche des accidents de la métro-hémorrhagie qui se manifeste avec intensité dès son début.

1210. Si l'hémorrhagie utérine survient avec abondance, elle détermine immédiatement l'issue d'une assez grande quantité de sang, et continue ensuite tantôt sans interruption et tantôt en se suspendant et se reproduisant par intervalles rapprochés, et qui se renouvellent plusieurs fois par jour. Le sang provenant de l'utérus s'accumule dans le vagin quand la femme est couchée, et s'y coagule en caillots qui sortent à chaque exacerbation de la perte de sang, ou lorsque la femme se livre à des mouvements dans son lit, ou lorsqu'elle satisfait au besoin des excrétions urinaires et stercorales. Pendant que la perte de sang s'accomplit, les douleurs lombaires et hypogastriques qui l'ont précédée (1196) ou qui ont débuté en même temps qu'elle (1199) persistent et subissent aussi des exacerbations, comme l'abondance de la déperdition sanguine elle-même.

Marche des accidents de la métro-hémorrhagie qui croît progressivement.

1211. Quand la métro-hémorrhagie survient d'une manière progressive, l'apparition par la vulve d'une petite quantité de sang se joint aux douleurs lombaires et hypogastriques qui sont toujours plus prononcées que dans les cas où la perte de sang est immédiatement très abondante. L'écoulement de sang augmente ensuite rapidement, soit sans interruption, soit par exacerbations de plus en plus rapprochées; il arrive ainsi en quelques heures ou au plus en un jour ou deux à dépasser l'abondance qu'il acquiert habituellement au plus haut degré de l'hémorrhagie menstruelle.

Marche décroissante de la métro-hémorrhagie.

1212. De quelque manière qu'elle ait signalé son invasion, la métro-hémorrhagie persiste rarement avec abondance pendant un temps très long; elle commence ordinairement à diminuer au bout d'un jour ou deux pour continuer ensuite en quantité moins considérable durant quatre à cinq jours, après lesquels la quantité de sang perdue est très peu considérable. Dans les cas peu graves, la diminution

de la perte de sang arrive plus rapidement; le plus souvent, cependant, la moindre intensité de la maladie se montre plutôt par la moindre quantité de sang perdue que par une plus courte durée des accidents. Les métro-hémorrhagies qui ne produisent qu'une faible perte de sang ont même ordinairement une plus longue durée que celles qui déterminent un écoulement sanguin considérable.

1213. L'hémorrhagie utérine arrivée à sa période décroissante ne diminue pas d'une manière continue. Son affaiblissement se manifeste par des intermissions de l'écoulement sanguin de plus en plus longues et de plus en plus complètes. Le décroissement de la maladie est fréquemment interrompu par de subites recrudescences dans lesquelles la perte de sang reprend quelquefois l'intensité qu'elle avait à l'invasion, tant en elle-même que par les symptômes auxquels elle est liée. La durée la plus ordinaire de ces métro-hémorrhagies n'est souvent que de six à huit jours, il n'est cependant pas très rare de la voir se prolonger pendant plusieurs semaines.

Symptômes généraux de la métro-hémorrhagie.

1214. Pendant que la métro-hémorrhagie s'accomplit, les femmes conservent dans le bassin, aux aines et aux lombes, une douleur gravative obtuse qui se prolonge dans les cuisses, et augmente par la marche ou dans la station, avec un sentiment de courbature générale et de malaise. Dans le plus grand nombre des cas, elles se plaignent en même temps de céphalalgie, de pesanteur de tête, de bouffées de chaleur, de vertiges; elles ont de la soif, une lenteur extrême des digestions, de l'anorexie, etc. Beaucoup de ces malades ont des mouvements fébriles comme erratiques, pendant lesquels les pommettes s'injectent; une agitation extrême, avec une telle irritabilité de tout le système nerveux, que toutes les sensations sont exagérées et tous les mouvements brusques et comme convulsifs. Tous ces symptômes persistent souvent, nonobstant la diminution de la perte de sang.

Si la perte de sang est abondante, les forces se dépriment, les téguments de la face et des lèvres se décolorent et deviennent d'une pâleur de cire qui ne tarde pas à s'étendre de la face à toutes les parties du corps. Si l'hémorrhagie devient excessive, les extrémités se refroidissent, le pouls devient mou et creux; il survient des lipothymies, des palpitations, et la respiration est anxieuse et accélérée; enfin, des vertiges et même des syncopes se manifestent pour la moindre cause. La malade tombe ainsi dans tous les accidents de l'oligaimie (53).

De la suspension de la perte de sang par l'utérus, et des symptômes qui persistent après elle.

1215. Dans le plus grand nombre des cas, la métro-hémorrhagie s'arrête avant que l'oligaimie se soit prononcée à un certain degré; mais souvent aussi elle se reproduit dès que les forces commencent à se rétablir. Les malades conservent ordinairement alors dans les intervalles de la perte de sang des symptômes de congestion utérine avec les mêmes phénomènes qui se montrent comme précurseurs au début de la maladie (1196). C'est alors l'époque menstruelle suivante qui marque le retour de la perte.

Ces récidives réitérées d'hémorrhagies utérines peu abondantes finissent par jeter les malades dans un épuisement plus grand et plus long à réparer que celui qui serait résulté d'une seule hémorrhagie utérine qui aurait entraîné la perte d'une quantité de sang considérable.

Des circonstances de la métro-hémorrhagie qui se lient à la présence des symptômes d'hystéralgie.

1216. L'invasion de la métro-hémorrhagie survient souvent avec la manifestation de symptômes hystéralgiques (1150) qui alternent fréquemment aussi avec la suspension et le retour de l'écoulement du sang par la vulve. Ces douleurs hystéralgiques augmentent à mesure que l'instant du retour de la métro-hémorrhagie approche. A en juger par l'expulsion subite de caillots plus ou moins volumineux, quelquefois solides et comme stratifiés, arrivant alors avec le retour de l'écoulement du sang, par la diminution du volume insolite de l'utérus et par la cessation des douleurs hystéralgiques qui en sont le résultat

immédiat, il paraît très probable que pendant l'interruption de l'hémorrhagie le sang s'est accumulé dans l'utérus, et que sa présence y a occasionné les douleurs hystéralgiques. Le plus ordinairement la suspension de l'hémorrhagie n'est pas alors complète ; la femme continue à perdre d'une manière comme chronique une petite quantité de sang, ou au moins de sérosité sanguinolente, jusqu'à ce que l'expulsion des caillots stratifiés, qui arrive avec des douleurs utérines comme expulsives, marque la recrudescence ou plutôt le retour de l'hémorrhagie aiguë. Nous avons vu des médecins peu attentifs prendre ces caillots stratifiés, expulsés dans ces cas, pour des polypes utérins qui se seraient spontanément détachés, ou auraient été détachés par l'action contractile de la matrice. C'est évidemment à l'accumulation et à la rétention du sang coagulé dans l'utérus et ensuite à son expulsion que se rapportent la suspension et le retour de ces métro-hémorrhagies, ainsi accompagnées de symptômes hystéralgiques.

L'intensité de ces symptômes qui se présentent si fréquemment comme épiphénomènes des métro-hémorrhagies aiguës, n'est pas proportionnée à l'abondance de la perte de sang. La condition morbide dans laquelle ils se montrent le plus fréquemment, et avec le plus d'intensité, est celle des métro-hémorrhagies dans lesquelles la perte vient comme par accès très courts qui se renouvellent plusieurs fois dans un jour (1210).

Accidents utérins qui persistent après certaines métro-hémorrhagies et qui alternent avec elles.

1217. On voit souvent persister après la métro-hémorrhagie les symptômes utérins qui s'observent comme ses prodrômes (1196), surtout quand ils ont continué, et à plus forte raison encore quand ils ont augmenté pendant sa durée. Les symptômes utérins acquièrent quelquefois dans ces cas, principalement quand la cessation de la perte de sang a été subite, qu'elle ait été spontanée ou provoquée par l'influence d'une cause extérieure, une intensité qui les convertit en ceux d'une véritable métrite. La suspension

de la perte de sang n'indique pas réellement alors la terminaison des accidents : l'hyperaimie utérine continue la maladie, qui n'a que changé de forme. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare de voir des métro-hémorrhagies durer pendant un temps assez long avec des alternatives d'extravasation sanguine et de congestion utérine simple ou même inflammatoire.

Caractères de la métro-hémorrhagie des filles impubères.

1218. La métro-hémorrhagie des filles impubères est toujours peu abondante : le plus souvent elle produit plutôt un écoulement séro-sanguinolent qu'un écoulement de sang pur. Cette hémorrhagie dure rarement plus de deux ou trois jours; dans la plupart des cas elle est même moins prolongée. Elle survient ordinairement sans douleur utérine, mais elle s'accompagne souvent d'un sentiment de chaleur, de tuméfaction et d'ardeur dans le vagin et à la vulve (1232); elle entraîne toujours une débilitation immédiate très marquée : la jeune malade devient pâle, avec les yeux excavés et cernés, les chairs s'amollissent; elle se plaint de lassitude dans les membres.

Ces métro-hémorrhagies des jeunes filles se renouvellent souvent par intervalles irréguliers sans suivre la marche à périodes fixes de la menstruation. On le reconnaît quand on vérifie les assertions ordinairement contraires des mères de ces enfants, qui ne manquent jamais de présenter ces hémorrhagies morbides comme les symptômes d'une menstruation anticipée. Ces jeunes filles finissent néanmoins presque toujours par être réglées d'une manière précoce.

Phénomènes qui résultent, chez les femmes adultes, des rapports de la métro-hémorrhagie et de la menstruation.

1219. La métro-hémorrhagie chez les femmes adultes, surtout chez celles qui ont eu des enfants et plutôt encore des avortements réitérés, est très fréquemment liée dans sa manifestation et ses récidives aux retours réguliers des menstrues, en sorte que chez ces femmes les règles sont converties tous les mois, pendant des années, en une véritable métro-hémorrhagie avec ses prodrômes, ses symptômes immédiats, et même ses épiphénomènes hystéralgiques (1216).

1220. La métro-hémorrhagie des femmes à l'âge critique se manifeste d'abord le plus souvent à l'époque normale des règles : aussi ne constitue-t-elle réellement encore qu'une hémorrhagie menstruelle qui survient avec une abondance insolite, et qui s'accompagne de tous les symptômes d'une forte congestion utérine (1196). Après que ces métro-hémorrhagies se sont renouvelées pendant un certain temps à toutes les époques menstruelles, ou seulement irrégulièrement à plusieurs époques, elles finissent par alterner avec des suspensions plus ou moins longues de l'apparition régulière des menstrues. C'est dans ces circonstances que des femmes dont les règles ont cessé de paraître depuis un certain temps se croient grosses, et attribuent l'hémorrhagie utérine qui se manifeste ensuite à un avortement; elles se le persuadent d'autant plus volontiers qu'elles éprouvent souvent aux époques des règles quelques symptômes hystéralgiques qu'elles attribuent à l'influence de la gestation.

Caractères des métro-hémorrhagies qui surviennent à l'âge critique.

Les métro-hémorrhagies de l'âge critique sont le plus ordinairement peu abondantes, disposées à passer à l'état chronique, et presque toujours accompagnées de symptômes d'hystéralgie cataméniale très prononcés.

Les intervalles des attaques de métro-hémorrhagie deviennent d'autant plus longs, et les hémorrhagies sont elles-mêmes d'autant moins abondantes que la femme avance davantage en âge. Dans beaucoup de cas, l'âge critique s'achève par une hémorrhagie utérine intense; très souvent un flux ou des tumeurs hémorrhoïdales, ou des sueurs abondantes se joignent à ces métro-hémorrhagies et alternent avec elles.

1221. Nous ne connaissons pas d'exemple de métro-hémorrhagie idiopathique qui se soit terminée par la mort; mais il n'est pas très rare de voir des femmes jetées par cette maladie dans un état de débilité oligaimique excessif qui dure des années. C'est surtout après les métro-hémorrhagies des femmes adultes, et principalement après celles

Terminaison de la métro-hémorrhagie.

qui surviennent à l'âge critique, que l'on observe cette suite fâcheuse de la perte de sang. Ces femmes ont la peau d'un blanc terne; elles ont les extrémités œdématiées; elles ne peuvent marcher sans éprouver bientôt de la lassitude et sans être prises de palpitations. Les moindres ébranlements moraux occasionnent chez elles des accidents nerveux.

Suites des métro-hémorrhagies.

1222. Les métro-hémorrhagies répétées, même lorsqu'elles ont été portées au point d'occasionner l'oligaimie, laissent toujours une très grande disposition aux récidives. Cette disposition paraît surtout à chaque retour des règles qui restent pendant long-temps abondantes, même lorsqu'elles se reproduisent après avoir été supprimées pendant plusieurs mois, comme cela arrive quelquefois, à cause de l'état d'oligaimie excessive.

La facilité que conserve pendant long-temps l'utérus à devenir le siége de l'hyperaimie, et à laisser écouler le sang sur sa surface interne, ne lui permet que difficilement de conserver le produit de la conception; aussi les femmes qui se trouvent dans ces conditions ne peuvent-elles que rarement conduire une grossesse à terme. L'hémorrhagie utéro-placentaire vient interrompre la gestation au deuxième ou au troisième mois.

Symptômes et marche de la métro-hémorrhagie chronique.

1223. Les métro-hémorrhagies chroniques, qu'elles soient la suite de l'état aigu ou qu'elles aient été chroniques dès leur début, se manifestent par l'écoulement, soit continu, soit renouvelé à courts intervalles, d'une petite quantité de sang liquide par le vagin; le caractère chronique de la maladie se trouve dans le peu d'abondance de l'hémorrhagie, dans sa persistance, soit avec continuité, soit par attaques très rapprochées, pendant des mois et même des années, et enfin dans l'absence, à son début ou aux retours de ses paroxysmes, de presque tous les symptômes aigus qui se rattachent à un molimen hémorrhagique actif ou à une congestion utérine d'une certaine intensité.

1224. La métro-hémorrhagie chronique ne détermine

qu'une perte de sang peu considérable, tant que les femmes restent en repos et surtout dans la position horizontale; mais la perte de sang augmente par les moindres causes excitantes, et surtout par l'influence de la station, de la marche et de tous les efforts musculaires. De semblables exacerbations surviennent habituellement aussi aux époques des règles : cependant quand la maladie dure depuis longtemps, les périodes menstruelles cessent d'être marquées; l'hémorrhagie est continue et augmente de temps en temps à des époques tout à fait irrégulières.

1225. La maladie chronique qui nous occupe est l'une des plus rebelles et des plus longues qui puissent se présenter à l'observation clinique; elle dure souvent plusieurs années; si quelquefois elle se suspend, c'est presque toujours pour se renouveler au bout de quelques jours ou de quelques semaines par la plus légère cause. La suspension de la maladie n'est même quelquefois qu'apparente, car l'issue du sang rouge est remplacée par un écoulement séreux qui indique toujours la continuité d'une exhalation morbide utérine dans laquelle la seule sérosité du sang franchit les bouches exhalantes (1231).

Effets immédiats des métro-hémorrhagies chroniques.

1226. L'hémorrhagie utérine chronique exerce une grande influence sur l'organisme; elle entraîne rapidement la débilité extrême, l'amaigrissement et l'oligaimie avec tous les accidents qui s'y rattachent (53). On remarque toujours que l'hémorrhagie utérine devient plus abondante à mesure que l'oligaimie et la débilité augmentent, mais le sang qui s'écoule devient plus séreux et moins coagulable.

Rapports des métro-hémorrhagies chroniques avec l'âge des femmes et avec les fonctions utérines.

1227. Les femmes les plus sujettes aux métro-hémorrhagies chroniques sont celles qui ont été atteintes plusieurs fois de cette maladie à l'état aigu, et surtout celles qui ont éprouvé plusieurs avortements. De toutes les métro-hémorrhagies, celles qui prennent le plus souvent le caractère chronique sont les métro-hémorrhagies qui se manifestent après l'accouchement par la perturbation et l'exagération

du flux lochial. La métro-hémorrhagie chronique qui a commencé après l'accouchement est assez souvent interrompue par le retour normal des règles qui vient exaspérer les accidents hémorrhagiques en leur imprimant souvent une forme aiguë, qui n'est dans beaucoup de cas que temporaire, et semble terminer par une sorte de crise l'état métro-hémorrhagique devenu habituel et continu depuis l'accouchement.

1228. La métro-hémorrhagie chronique des femmes qui approchent de l'âge critique cesse souvent à cette époque, même après une très longue durée; si elle ne disparaît pas, elle décroît au moins beaucoup quand cet âge est accompli; quand elle ne subit pas alors ces changements, elle est probablement entretenue par un autre état morbide dont elle n'est que le symptôme (1259).

Influence de la métro-hémorrhagie chronique sur les fonctions de la génération.

1229. Les fonctions de la génération sont le plus souvent interrompues chez les femmes affectées d'hémorrhagies utérines chroniques. Plus la forme chronique est prononcée et plus l'écoulement habituel se rapproche de la perte séreuse, plus cette suspension de l'aptitude à concevoir peut être considérée comme existante. Si la conception arrive, la gestation ne se continue pas ordinairement jusqu'à son terme (1222); une hémorrhagie utéro-placentaire vient l'interrompre. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'on parvient à force de précautions à prévenir l'avortement. L'hémorrhagie utérine est alors suspendue pendant la grossesse, mais elle se reproduit souvent après l'accouchement. Si l'on est assez heureux pour l'éviter, la santé de la femme se consolide, et la prédisposition aux hémorrhagies utérines s'éteint; c'est de cette manière que la grossesse met un terme aux métro-hémorrhagies chroniques, et répare la santé délabrée par cette maladie.

Qualités du sang perdu dans la métro-hémorrhagie.

1230. Le sang expulsé par les organes génitaux, dans la métro-hémorrhagie, varie par les proportions de sérosité, de cruor et de fibrine qu'il contient. Quand la maladie est

aiguë et récente, le sang est riche en fibrine et se coagule en caillots; si la maladie continue, il ne revêt ce caractère que temporairement, et à l'occasion d'exacerbations toujours peu prolongées de l'hémorrhagie. A mesure que la perte se prolonge, le sang perd ses propriétés coagulables : ce n'est bientôt plus que de la sérosité à peine colorée, ou c'est un sang liquide noirâtre qui ne se coagule presque jamais, même par son repos dans le vagin, quand les femmes gardent la position horizontale.

1231. On observe quelquefois des métro-hémorrhagies aiguës dans lesquelles les femmes perdent alternativement une assez grande quantité de sérosité plus ou moins incolore et du sang avec toutes ses parties constituantes. Albrecht a signalé cette forme de métro-hémorrhagie que quelques médecins considèrent à tort comme une complication de la leucorrhée et de l'hémorrhagie utérine [1]. L'écoulement métro-hémorrhagique chronique a plus souvent ce caractère que celui qui se rapporte à la métro-hémorrhagie aiguë; il arrive même que le sang qui provient de l'utérus ne consiste pendant des semaines et même des mois que dans un liquide séreux (1225). L'épuisement et l'oligaimie qui sont l'effet des premières pertes de sang abondantes paraissent être souvent la cause de cette modification de la perte utérine; il arrive cependant aussi que la métro-hémorrhagie prenne dès son début cette forme de phlegmorrhagie. Elle n'en détermine pas moins, mais cependant avec moins de rapidité que la perte de sang complète, l'épuisement et l'oligaimie de la femme.

Ces pertes séreuses sont, dans quelques cas, des intervalles de diminution, ou même de suspension, de retour ou de recrudescence. Elles s'accompagnent des mêmes symptômes de congestion utérine que les autres pertes; quelquefois même ces symptômes sont plus intenses que ceux qui surviennent dans des hémorrhagies utérines franches et aiguës.

[1] *Eph. nat. cur.*, ann. v-vi; déc. iii, obs. 21.

Symptômes fournis par l'état de l'utérus dans la métro-hémorrhagie.

1232. L'exploration des organes génitaux pendant la métro-hémorrhagie fait reconnaître qu'ils sont dans le même état que pendant l'écoulement normal des règles (1098), seulement les modifications qu'ils ont subies sont plus prononcées. La muqueuse vaginale, et les petites et les grandes lèvres sont injectées, tuméfiées, chaudes au toucher. L'utérus a un volume plus considérable que dans l'état sain; on peut souvent, en palpant l'abdomen, sentir son fond jusqu'à deux ou trois pouces au-dessus de l'arcade des pubis. Cette augmentation de volume de l'utérus est toujours plus prononcée dans la métro-hémorrhagie chronique que dans la métro-hémorrhagie aiguë, excepté pourtant celle qui survient après l'accouchement, dans laquelle l'utérus conserve un volume toujours plus considérable à cause de l'accouchement qui a précédé.

1233. L'examen direct du museau de tanche pendant la métro-hémorrhagie fait reconnaître qu'il est le siége d'un certain degré de tuméfaction et d'injection vasculaire. Cette partie de l'utérus est comme ramollie et légèrement boursouflée; cependant le toucher n'y provoque aucune douleur et n'y démontre pas l'existence d'une tuméfaction rénitente, comme celle qui s'y trouve quand elle est le siége de l'inflammation. L'orifice du museau de tanche est presque toujours légèrement entr'ouvert et donne issue au sang que perd la malade.

Déviations utérines, suites des métro-hémorrhagies.

1234. L'utérus, ainsi tuméfié et à l'état de congestion sanguine, subit souvent un certain degré de déviation dans la direction de son axe. Le fond de la matrice est ordinairement incliné en avant; dans quelques cas, cette inclinaison est portée si loin que le museau de tanche repose sur la paroi postérieure du vagin, au point qu'on ne peut arriver par l'exploration que sur sa lèvre antérieure. Cette circonstance est toujours accompagnée de douleurs gravatives profondes, de besoins fréquents de rendre les urines, et quelquefois de douleurs utérines vives dans l'excrétion des fèces.

On trouve le motif de cette déviation de l'axe de l'utérus dans l'augmentation de pesanteur qu'il éprouve nécessairement en se tuméfiant par hyperaimie, augmentation qui se répartit inégalement dans ses parois. L'action mécanique des plans inclinés sur la matrice et celle des muscles abdominaux deviennent nécessairement aussi plus puissantes par suite de l'augmentation de volume de cet organe, et contribuent à déterminer son obliquité. Après l'obliquité utérine antérieure, la déviation le plus ordinairement observée est la déviation latérale droite.

Rapport de la tuméfaction et de la turgescence utérines avec les différentes périodes des métro-hémorrhagies.

1235. La tuméfaction et la déviation utérines, et la turgescence avec injection, chaleur et quelquefois même douleur du vagin et de la vulve, qui accompagnent les métro-hémorrhagies, précèdent souvent de quelques jours l'invasion de la perte de sang; elles ne disparaissent pas toujours avec elle, on les voit même persister après l'hémorrhagie arrêtée, c'est ainsi qu'elles sont quelquefois le seul état morbide qui reste dans les intervalles des attaques de cette maladie, dont sa persistance présage toujours le retour.

Symptômes et marche des métro-hémorrhagies symptomatiques de maladies utérines.

1236. La métro-hémorrhagie est souvent une maladie symptomatique de lésions utérines. Dans ces cas, aux symptômes de l'hémorrhagie utérine idiopathique se joignent ceux de la maladie primitive de la matrice : ce n'est pas ici le lieu de décrire ces symptômes, mais il est toujours de la plus grande importance de les rechercher, parce qu'ils fournissent les principales indications thérapeutiques. Du reste, ces métro-hémorrhagies symptomatiques, même celles qui dépendent des hétérosarcoses de l'utérus, et à plus forte raison encore celles qui dépendent de maladies d'organes éloignés, sont jusqu'à un certain point subordonnées comme les métro-hémorrhagies idiopathiques, pour leur invasion, leurs récidives et leurs exacerbations, aux périodes menstruelles. La condition physiologique qui ramène chaque mois (1125) la fluxion et la congestion sanguines sur l'utérus montre son influence dans l'état

pathologique en réglant la marche des phénomènes morbides hémorrhagiques.

Art. II. Étiologie des métro-hémorrhagies.

1237. Avant d'indiquer les causes des métro-hémorrhagies, et pour faciliter l'appréciation de leur manière d'agir, il est nécessaire de résumer en peu de mots les rapports que ces maladies ont avec les actes de la menstruation, puisque ces actes physiologiques concourent nécessairement au moins comme causes accessoires à la production de la plupart des métro-hémorrhagies.

Connexion de la métro-hémorrhagie avec la menstruation.

1238. L'hémorrhagie utérine étant, dans des conditions physiologiques déterminées, un état normal, la maladie ne commence que lorsque cet état normal est modifié par l'intensité ou l'irrégularité de quelques unes des circonstances qui se rapportent à sa production. Cette maladie est ainsi aussi rapprochée que possible de l'état physiologique. Son caractère de maladie ne provient point de sa nature, puisque la modification de la circulation utérine, en laquelle elle consiste, se montre dans l'état de santé sous la même forme que dans l'état anomal, c'est à dire comme une hyperaimie utérine plus ou moins prononcée, et une extravasation sanguine intra-utérine plus ou moins abondante. C'est donc dans les anomalies des conditions par lesquelles la matrice peut devenir le siége d'une hyperaimie et d'une extravasation sanguine que consiste essentiellement le caractère pathologique des métro-hémorrhagies. Nous en concluons qu'il faut étudier l'action immédiate des causes prédisposantes et occasionnelles des métro-hémorrhagies, d'après son influence sur chacun des actes auxquels est lié l'accomplissement de la métro-hémorrhagie menstruelle. Les causes prochaines des métro-hémorrhagies se trouvent dans les effets des causes morbigènes, considérés sous ce point de vue.

Des conditions auxquelles se

1239. Avant toutes les causes qui prédisposent aux hé-

morrhagies utérines, il faut placer la condition physiologique qui résulte des fonctions génitales dévolues à l'ovaire (1119), qui a pour effet d'appeler sur l'utérus un état d'hyperaimie par lequel se prépare et s'accomplit l'hémorrhagie menstruelle. Si dans l'état normal la menstruation n'entraîne qu'une hémorrhagie circonscrite par son abondance et sa durée dans des limites déterminées, elle n'en constitue pas moins une habitude de déperdition de sang qui est par elle-même une cause d'hémorrhagie (113), et par son siége une cause spéciale d'hémorrhagie utérine; il suffit de l'action d'une cause accessoire pour que cette hémorrhagie se produise avec une intensité qui constitue un véritable état morbide, aussi les femmes dont les règles sont habituellement abondantes sont-elles le plus immédiatement prédisposées aux métro-hémorrhagies. La prédisposition dépendant de la fonction menstruelle suspendue pendant la grossesse, ou au moins ordinairement alors moins active, reprend son influence normale après la parturition, ou après le sevrage chez les femmes qui ont allaité (1107), puisque les premières hémorrhagies menstruelles dans ces cas surviennent ordinairement avec plus d'abondance et avec tous les signes d'une congestion utérine plus intense que dans l'état de santé habituel.

lie l'apparition des règles considérées comme causes des métro-hémorrhagies.

1240. On trouve la preuve de l'influence de la condition physiologique par laquelle s'accomplit la menstruation, comme cause prédisposante des métro-hémorrhagies, dans la comparaison des circonstances de ces maladies à toutes celles qui appartiennent à l'hémorrhagie menstruelle normale.

Comparaison des différentes circonstances des hémorrhagies menstruelles avec celles des métro-hémorrhagies.

L'aptitude aux métro-hémorrhagies commence à la puberté et finit à l'âge critique; elle varie d'intensité pendant cette période de la vie, comme l'hémorrhagie menstruelle physiologique elle-même (1104, 1208).

Avant la puberté, les métro-hémorrhagies s'observent très rarement, et ne surviennent que par l'influence de

causes occasionnelles et prédisposantes très actives; elles sont toujours peu considérables (1218).

Après la puberté, la métro-hémorrhagie survient le plus souvent aux époques menstruelles, et n'est réellement alors qu'une hémorrhagie menstruelle trop abondante et trop prolongée. Ses phénomènes sont les mêmes, à l'intensité près, que ceux de la congestion utérine et de l'hémorrhagie cataméniales (1219).

Après l'accouchement, la métro-hémorrhagie n'est autre chose que l'exagération et la continuation pendant un temps insolite de l'écoulement sanguin lochial.

Au rétablissement des règles, après les couches et après le sevrage, la métro-hémorrhagie n'est encore que l'hémorrhagie menstruelle d'une intensité plus grande dans ces circonstances, qui devient accidentellement immodérée.

La fréquence des métro-hémorrhagies, à l'âge critique, se rapporte à la plus grande abondance, si ordinaire à cet âge, des hémorrhagies menstruelles, surtout lorsqu'elles se reproduisent de loin en loin après des intervalles de suspension de plusieurs mois.

De la structure, des rapports anatomiques et des fonctions de l'utérus considérées comme causes prédisposantes des métro-hémorrhagies.

1241. La structure et les rapports anatomiques de l'utérus, qui sont si bien disposés pour favoriser les hyperaimies et les hémorrhagies nécessaires pour l'accomplissement normal de ses fonctions, prédisposent cet organe plus que toute autre cause à devenir facilement le siége des hémorrhagies.

L'utérus est pourvu d'un appareil vasculaire très étendu qui augmente de capacité et devient le siége d'une hyperaimie considérable dans toutes les circonstances où cet organe subit l'influence d'une excitation anomale, ou provoquée suivant l'ordre de ses rapports physiologiques. La perméabilité et la capacité de cet appareil vasculaire augmentent toutes les fois que la matrice acquiert un volume insolite, même lorsque cette tuméfaction se produit par distension mécanique. Des plexus veineux considérables annexés à l'utérus, et propres aux organes voisins et surtout

au rectum, favorisent en lui immédiatement ou médiatement la congestion sanguine dans tous les cas où la circulation se trouve modifiée, surtout en raison de la position déclive de la matrice par rapport au reste du corps.

L'utérus n'est fixé aux parties voisines que par des liens lâches et extensibles qui lui permettent de ressentir au plus haut degré l'influence de tous les ébranlements physiques si fréquents dans tous les actes de la vie; il a des rapports de voisinage et de connexion avec la vessie et le gros intestin, qui éprouvent des alternatives très fréquentes de réplétion et de vacuité dont il subit à la fois l'influence physique par contiguité, et l'influence physiologique par les modifications qui en résultent dans la circulation.

La matrice, comme organe de la génération, est soumise à toutes les excitations aphrodisiaques, provenant tant de l'extérieur que par l'incitation nerveuse, lesquelles suscitent en elle la turgescence et les congestions sanguines.

Il serait surprenant que, se trouvant dans de telles conditions anatomiques et physiologiques, l'utérus ne devînt pas fréquemment et plus facilement que toute autre partie du corps le siége de l'hyperaimie et des extravasations sanguines.

1242. Toutes les circonstances que nous venons de rappeler constituent les principales causes prédisposantes des métro-hémorrhagies; elles sont si actives que toutes les causes prédisposantes des hémorrhagies en général leur doivent d'agir plus spécialement chez les femmes sur l'organe utérin (79, 98).

Du tempérament sanguin considéré comme cause de la métro-hémorrhagie.

1243. Les femmes d'un tempérament sanguin, qui ont habituellement des règles abondantes et prolongées, sont plus directement prédisposées aux métro-hémorrhagies. L'influence de l'état de pléthore et d'activité circulatoire habituel à ces femmes étant ainsi plus activement dirigée vers la matrice, occasionne, dès qu'elle devient plus puissante dans des circonstances diverses, une hy-

peraimie et une perte de sang exagérées vers l'utérus.

Du tempérament nerveux et lymphatique, considéré comme cause de la métro-hémorrhagie.

1244. On reconnaît aussi comme cause puissante d'hémorrhagie utérine une autre condition constitutionnelle. C'est celle des femmes douées d'une extrême susceptibilité nerveuse, surtout quand elle est liée, comme cela arrive le plus souvent, à une constitution lymphatique dans laquelle, par la laxité de tous les tissus, les vaisseaux et toutes les bouches exhalantes sont très facilement perméables. Ces femmes sont presque toutes abondamment menstruées, leurs lochies après l'accouchement sont toujours aussi très abondantes, et toutes les excitations nerveuses chez elles sont plus immédiatement dirigées sur l'utérus, aussi sont-elles fréquemment affectées de métro-hémorrhagies.

L'état physiologique des femmes ainsi constituées les prédispose spécialement aux métro-hémorrhagies de l'âge critique. C'est aussi chez elles que l'hémorrhagie utérine passe le plus fréquemment à l'état chronique, marche de la maladie qui trouve une prédisposition immédiate dans la laxité des tissus.

De même que l'on voit chez ces sujets les vaisseaux capillaires des parties qui ont été le siége d'hyperaimies et d'inflammations rester distendus par le sang et dans un état comme variqueux, pendant un temps très long; de même que les plaies dont les individus de ce tempérament sont affectés, se cicatrisent lentement et laissent des cicatrices dures et infiltrées pendant aussi un temps très long; de même on remarque chez eux que les hyperaimies utérines et les hémorrhagies qui s'y rattachent persistent pendant très long-temps sous une forme chronique évidemment passive, sous l'influence de la disposition qui rend si lents à s'accomplir tous les actes de la vie organique.

Hérédité des causes des métro-hémorrhagies.

1245. La prédisposition aux métro-hémorrhagies est quelquefois héréditaire (109); elle se rattache souvent alors aux conditions physiologiques de tempérament et de constitution que nous venons d'indiquer; mais dans beaucoup

de cas elle est indépendante de toute condition physiologique appréciable, elle ne se décèle que par ses effets, sans se caractériser primitivement par aucun signe accessible à l'observation clinique. Ainsi, il n'est pas très rare que l'hémorrhagie menstruelle, tant pour sa manifestation normale que pour ses dérangements aux différentes époques de la vie, se comporte de la même manière chez toutes les femmes qui proviennent d'une origine commune.

Cette conformité de toutes les circonstances de la menstruation chez toutes les femmes d'une même famille est surtout tranchée pour l'aptitude à la conversion des hémorrhagies cataméniales en de véritables pertes de sang pathologiques. L'influence de la prédisposition héréditaire aux hémorrhagies utériness se montre même pour la production des métro-hémorrhagies des filles impubères; nous connaissons une famille dans laquelle toutes les filles ont été atteintes dans trois générations d'hémorrhagies utérines, revenant irrégulièrement dès l'âge de six à huit ans. Une seule de ces filles en a été exempte, mais elle a eu des épistaxis fréquentes qui n'ont cessé que deux ans après l'établissement des règles, arrivé à seize ans.

Prédisposition à la métro-hémorrhagie résultant de cette maladie elle-même.

1246. Les femmes ont une disposition d'autant plus grande à la métro-hémorrhagie qu'elles ont été plus souvent affectées de cette maladie. C'est surtout après la parturition et à l'âge critique que les effets de cette prédisposition se manifestent; ils sont si prononcés que l'oligaimie résultant de pertes de sang antécédentes, soit pathologiques, soit faites par l'art, ne les prévient le plus souvent pas.

On se rend compte de la manière d'agir de cette cause, qui se montre pour toutes les hémorrhagies (113), mais qui est encore plus prononcée pour celles qui nous occupent, non-seulement par la polyaimie qui se montre toujours d'une manière très prononcée chez les femmes placées dans ces conditions, mais aussi par la modification que les hémorrhagies répétées produisent dans l'appareil vasculaire

utérin. L'abondance du flux menstruel est d'autant plus grande que la pléthore habituelle est plus considérable. Les vaisseaux utérins acquièrent, par l'habitude de l'hyperaimie plus intense et des extravasations sanguines plus abondantes, une aptitude de plus en plus grande à subir les modifications qui se lient à ces conditions hémorrhagipares; cette aptitude est évidemment une cause de métro-hémorrhagie. Aussi voit-on chez ces sujets la congestion sanguine de l'utérus se montrer très souvent excessive à chaque époque menstruelle, et persister encore dans les intervalles de ces époques; il n'est pas de condition proégumène qui concoure d'une manière plus puissante à la production des métro-hémorrhagies et à leur passage à l'état chronique.

Causes hygiéniques des métro-hémorrhagies.

1247. Les circonstances hygiéniques dans lesquelles vivent les femmes, les prédisposent puissamment aux métro-hémorrhagies (80 *à* 96) quand elles déterminent les conditions dans lesquelles la circulation est surexcitée, et qui appellent les fluxions et les congestions sanguines sur l'utérus.

Causes qui dérivent des *circumfusa*.

1248. Il n'est aucune cause hygiénique qui exerce plus d'influence pour disposer à ces maladies que la chaleur atmosphérique. Les femmes sont plus abondamment réglées dans les pays chauds que dans les pays froids, et pendant l'été que pendant l'hiver (82). La migration des femmes des pays froids dans les contrées où la température est très élevée, augmente l'abondance des règles et prédispose aux métro-hémorrhagies. Ces maladies sont plus fréquentes dans les saisons chaudes, il suffit même de l'influence d'une chaleur atmosphérique extraordinaire pour qu'elles deviennent si nombreuses qu'elles semblent épidémiques; c'est ce qui arriva à Vienne au mois d'avril 1778 [1]. Stoll attribua ces métro-hémorrhagies à l'influence d'une constitution épidémique bilieuse. Les observations cliniques font en effet souvent reconnaître la coïncidence de cette

[1] Stoll; *Rat. med.*; *morb. epid. ann.* 1778.

constitution avec un grand nombre de métro-hémorrhagies, parce que ces états pathologiques se manifestent les uns et les autres dans les mêmes circonstances (1259), et surtout par l'influence des chaleurs insolites.

1249. L'influence de l'habitation sur des lieux élevés, et par conséquent de l'habitude d'une pression atmosphérique peu considérable, si puissante pour la production des hémorrhagies (87), se décèle par l'abondance du flux menstruel chez les femmes qui y sont soumises. Saucerotte a reconnu les effets de cette cause par le grand nombre de métro-hémorrhagies qu'il a observées chez les femmes qui habitent les points les plus élevés des Vosges, et par les bons effets qu'il a obtenus pour prévenir ces hémorrhagies et les avortements qui en sont la conséquence, en faisant descendre ces femmes dans les vallées [1].

Causes qui dérivent des *acta*.

1250. Tous les exercices actifs, toutes les influences physiques extérieures qui favorisent l'établissement des congestions utérines disposent aux métro-hémorrhagies. Quand ces causes renouvellent souvent leur action, elles deviennent plus puissantes dans leurs effets, et si cette action est habituelle, elle peut produire la métro-hémorrhagie chronique : telles sont l'équitation, les marches forcées, la course, la station verticale prolongée, les efforts musculaires, etc.

Causes qui dérivent des *applicata*.

1251. La compression habituelle du corps par les corsets, ou par des pressions mécaniques opérées par les habitudes de certains métiers, en gênant la circulation à l'extérieur, augmentent indirectement son activité dans les vaisseaux abdominaux. La pression exercée tous les jours sur le ventre par les paniers connus sous le nom d'éventaires, sur lesquels les marchandes ambulantes des marchés de Paris colportent des marchandises, rend ces femmes très sujettes aux hémorrhagies utérines et aux varices des extrémités. Il est vrai que l'habitude de se tenir debout

[1] *Mélanges de chirurgie*, p. 25.

et de crier à haute voix avec cet appareil compressif sur le ventre seconde puissamment les fâcheux effets de cette pression abdominale.

Causes qui dérivent des *ingesta*.

1252. Parmi les causes prédisposantes des métro-hémorrhagies, il en est peu de plus actives que l'usage des aliments et des boissons excitantes, tels sont particulièrement l'abus et même l'habitude des liqueurs spiritueuses et de l'infusion du café [1], et surtout l'administration des stimulants qui excitent plus spécialement les organes génitaux et agissent ainsi sur la circulation utérine, comme les aliments aphrodisiaques et les médicaments emménagogues auxquels un grand nombre de femmes ont recours habituellement et sans motif à l'époque de leurs règles. Beaucoup de métro-hémorrhagies de l'âge critique sont préparées par ce régime nuisible.

Causes qui dérivent de l'excitation vénérienne des organes génitaux.

1253. Les actes vénériens disposent aux métro-hémorrhagies; ainsi les lectures, les pensées et les conversations érotiques, la masturbation et l'acte du coït sont plus fréquemment qu'on ne le croit les causes qui entretiennent une grande abondance des menstrues, et qui préparent les hémorrhagies utérines. C'est à ces causes qu'il faut attribuer le grand nombre de métro-hémorrhagies qui sont le fruit du libertinage. L'onanisme est la cause proégumène la plus ordinaire de cette maladie chez les impubères.

Causes qui dérivent des actes génitaux.

1254. La répétition trop fréquente de la grossesse et de la parturition augmente beaucoup l'activité de la prédisposition aux métro-hémorrhagies; il est très facile de déterminer cette maladie pendant l'écoulement des lochies et aux premières époques menstruelles qui suivent l'accouchement. Toutefois, si la grossesse dispose aux métro-hémorrhagies, elle est quelquefois aussi un moyen de rétablir les forces des femmes affaiblies par cette maladie. C'est ainsi qu'il n'est pas très rare que des femmes affaiblies par des menstrues habituellement trop abondantes, et même par de

[1] Zimmermann ; *Von den Erfahrung*, 2, Th. p. 347.

véritables métro-hémorrhagies, récupèrent leurs forces pendant la gestation; on a pourtant toujours à redouter chez ces sujets qui sont prédisposés aux hémorrhagies utérines (1239, 1246) le retour de cette maladie après l'accouchement.

Les avortements si fréquents chez les femmes prédisposées aux hémorrhagies utérines ajoutent beaucoup à l'opportunité de ces maladies. Cette prédisposition et l'habitude de menstrues trop abondantes proviennent souvent d'un seul avortement, surtout quand il a été provoqué par des moyens abortifs; aussi l'un des accidents les plus fréquents de l'accouchement anticipé est-il la manifestation d'une métro-hémorrhagie.

Ces grossesses répétées, ces avortements réitérés agissent évidemment en favorisant l'aptitude pour l'appareil vasculaire utérin à devenir le siége de l'hyperaimie hémorrhagipare. Aussi voit-on souvent, sous l'influence de ces causes réitérées, la maladie se reproduire de plus en plus abondante et plus longue, et prendre à chaque fois une forme de plus en plus chronique (1227).

Causes qui proviennent de certaines applications irritantes à l'utérus.

1255. La métro-hémorrhagie peut être occasionnée par des moyens thérapeutiques propres à modifier la circulation utérine ou à exercer une action irritante plus ou moins directe sur la matrice. Tels sont les injections vaginales chaudes, les bains de siége chauds, les pédiluves irritants, les topiques sinapisés et épispastiques sur les extrémités abdominales.

L'application des sangsues sur le col de l'utérus, la cautérisation même très superficielle du museau-de-tanche, sont très fréquemment suivies d'hémorrhagie utérine; il est vrai que le plus ordinairement l'hémorrhagie ainsi produite est peu considérable.

On peut rapprocher du même mode d'action l'effet d'une chaleur trop vive habituellement entretenue autour du bassin et aux organes génitaux. Boerhaave a remarqué cet

effet fâcheux chez les femmes de la Hollande, produit par l'usage habituel des chaufferettes et par une vie oisive et passée dans la mollesse [1].

Causes qui proviennent des ébranlements mécaniques.

1256. Les ébranlements mécaniques violents imprimés au corps [2], les efforts spasmodiques du vomissement, du rire, de l'éternument [3], les commotions vives du coït [4], les coups sur les lombes, les chutes sur les pieds et sur les genoux, peuvent occasionner immédiatement la métro-hémorrhagie, surtout chez les femmes récemment accouchées, ou chez les femmes qui sont à l'époque de l'apparition normale des règles.

Causes provenant des *animi pathemata*.

1257. Il n'est peut-être pas de maladie dont la production soit plus facilement déterminée que la métro-hémorrhagie, par l'influence des commotions morales vives [5], tristes ou gaies, sédatives ou excitantes, telles que la terreur, la colère [6], la joie vive. C'est encore sur les femmes récemment accouchées et aux époques de la menstruation que l'effet de ces causes est le plus prononcé.

Rapport du mode d'action des causes avec leurs effets.

1258. Toutes les causes prédisposantes des métro-hémorrhagies deviennent déterminantes par leur action énergique et prolongée ; il suffit d'ailleurs de leur présence pour que la maladie se manifeste avec la plus grande facilité par la cause occasionnelle la moins active. La persistance de leur action rend l'hémorrhagie de plus en plus réfractaire à chaque récidive, et finit par la faire persister à l'état chronique (1227).

L'action des causes occasionnelles des métro-hémorrhagies, même quand ces causes ont un effet énergique et instantané, n'est pas le plus souvent suivie de la manifestation immédiate de la maladie ; il s'écoule habituelle-

[1] *Prælect. Acad.*, t. v, P. ii, 83.
[2] Hildanus ; *Cent.* iii, obs. lviii.
[3] Zimmermann ; *Von den Erfahrungen*, 2 th. viii, 399.
[4] Forestus ; *Observ. med.*, lib. xxviii, obs. xvi.
[5] Baglivi ; *Op. omn.*, p. 149.
[6] F. Hoffmann ; *Med. rat. syst.*, t. iv, sect. i, cap. v, obs. 4 et 5.

ment plusieurs jours, même avant que les prodromes métro-hémorrhagiques se manifestent. L'invasion de la maladie ne survient guère immédiatement après l'action des causes que lorsque celles-ci agissent pendant que l'utérus est déjà le siége d'une hyperaimie ou d'une hémorrhagie, comme pendant les règles ou durant l'écoulement lochial.

Causes pathologiques des métro-hémorrhagies.

1259. Les principales conditions pathologiques qui occasionnent les métro-hémorrhagies comme symptômes, sont, pour les maladies de l'utérus et de ses annexes, les phlegmasies aiguës et chroniques du corps et du col de la matrice, les inflammations aiguës et chroniques des ovaires et des trompes, les phlegmons des ligaments larges, les corps fibreux et les carcinômes utérins; les tumeurs enkystées ou fibreuses de l'ovaire parvenues à un volume excessif, et comprimant les vaisseaux hypogastriques ou iliaques. Peu a mis avec raison parmi les causes prédisposantes des métro-hémorrhagies l'habitude des leucorrhées [1].

Pour les maladies d'organes éloignés de l'utérus, ce sont toutes celles qui produisent une gêne habituelle de la respiration, comme les emphysèmes pulmonaires, les bronchites chroniques, les obstacles à la circulation dans les principaux troncs vasculaires ou aux orifices du cœur, ou encore celles qui produisent immédiatement une prédisposition directe aux hémorrhagies, comme le scorbut, les typhus [2], etc.

Les maladies aiguës qui déterminent le plus souvent les métro-hémorrhagies, alors symptomatiques de leur présence, sont toutes celles qui modifient puissamment la circulation abdominale et particulièrement la circulation de la veine-porte; ainsi, les hépatites, les fièvres continues ou intermittentes, les flux bilieux, sont très souvent suivis de métro-hémorrhagie. Hippocrate avait déjà remarqué cette influence des fièvres gastriques sur la production des

[1] *Prat. des accouch.*, p. 562.
[2] Huxham; *Op.*, t. I, p. 159.

métro-hémorrhagies [1]. Stoll l'a signalée en décrivant la constitution épidémique de 1778 (1248). Boucher observa en 1758 la métro-hémorrhagie se montrant comme symptôme habituel d'une fièvre bilieuse qui régnait épidémiquement à Lille [2]. Le praticien qui a le plus insisté sur ce rapport de l'hémorrhagie utérine avec les divers états morbides abdominaux qui constituent les affections bilieuses et gastriques, est C. Strack; il regardait ces affections comme les causes les plus puissantes de la métro-hémorrhagie [3].

Les affections vermineuses, qui se rapprochent par tant de circonstances des embarras gastriques, produisent souvent des métro-hémorrhagies [4]. Cette maladie a été observée persistant à l'état chronique, sous la seule influence de la présence des ascarides dans les intestins [5].

Les métro-hémorrhagies surviennent quelquefois comme phénomène critique dans certaines maladies fébriles. Ainsi, Hippocrate a rapporté l'histoire de la pneumonie de la femme de Cléomènes, qui se jugea le quatrième jour par l'apparition de règles abondantes [6]; Huxham a vu la même perte de sang se produire comme crise dans la fièvre typhode [7].

Influence des causes sur la production de la forme chronique des métro-hémorrhagies.

1260. Les causes prédisposantes ou occasionnelles des métro-hémorrhagies, lorsqu'elles persistent après le développement de ces maladies, peuvent les faire passer à l'état chronique; telle est souvent la manière d'agir des causes hygiéniques, et surtout des causes pathologiques; parmi ces dernières, les phlegmasies chroniques intra-utérines ou ovariques entretiennent dans la plupart des cas, comme symptôme principal de leur présence, une métro-hémor-

[1] *De morb. mulie.* L. I, sect. v.

[2] *Journal de méd. de Vandermonde;* t. x, février 1759.

[3] *Obs. med. de una præ cæteris causa, propter quam sanguis fœminarum utero nimis prosilit;* in-8°. Berolini, 1794.

[4] Van der Bosch; *Hist. constit. epid. Vermin.*, p. 104.

[5] Van Phelsus; *Hist. ascarid. path.*, p. 135.

[6] *Epid.*, lib. VII. *Edent. Foësio.*, p. 1235, n° 106.
Op., t. II, p. 49.

rhagie chronique, ordinairement modérée quant à l'abondance de la perte de sang.

Si les causes persistantes des métro-hémorrhagies empruntent à une cause accessoire une activité insolite, elles peuvent aggraver la congestion utérine, et la porter jusqu'à l'état de phlegmasie confirmée de l'utérus qui se trouve ainsi ajoutée à l'hémorrhagie et persiste avec elle. En agissant ainsi par la continuité de leur action, les causes de l'hémorrhagie utérine peuvent convertir cette maladie en une phlegmasie, état pathologique plus grave dont la congestion est aussi l'élément constitutif.

Art. III. Diagnostic des métro-hémorrhagies.

Signe pathognomonique de la métro-hémorrhagie.

1261. Rien de plus facile que de reconnaître l'existence et l'origine de la métro-hémorrhagie; le sang sort par la vulve, et l'on peut s'assurer à l'aide du speculum uteri qu'il provient de la cavité de la matrice. Nous n'avons pas encore vu de cas, hors de l'état de grossesse, dans lequel le sang perdu par la vulve tirât sa source de la surface du museau de tanche, et encore moins de celle de la muqueuse vaginale.

Différences de la métro-hémorrhagie et des règles précoces.

1262. Quand une jeune fille, encore éloignée de l'âge ordinaire de l'établissement des règles, est prise d'hémorrhagie utérine, l'on se demande si cette hémorrhagie est une maladie ou le résultat de l'établissement prématuré des règles. Les signes ordinaires de la puberté existent toujours quand la menstruation est précoce, ou au moins les phénomènes inhérents à la révolution de la puberté sont en voie de développement. Mais comme ces signes sont souvent incertains, et comme l'apparition des règles est pour un assez grand nombre de sujets le premier phénomène de la révolution de la puberté, l'on ne peut se prononcer pour déterminer la cause immédiate d'une hémorrhagie utérine chez une jeune fille qui approche de l'âge ordinaire de la puberté, que d'après le plus ou le moins d'abondance de

l'hémorrhagie, et l'influence plus ou moins grande qu'elle exerce sur la santé par ses phénomènes actuels (1218).

Caractères morbides des métro-hémorrhagies tirés des rapports de ces maladies avec la menstruation et l'âge critique.

1263. Les hémorrhagies utérines qui arrivent dans les intervalles des époques menstruelles, celles qui surviennent après l'âge critique achevé, celles qui se manifestent après l'accouchement, depuis la révolution laiteuse jusqu'au moment où se rétablissent normalement les menstrues dans les cas les plus ordinaires (1107), constituent toutes des maladies. Leur manifestation à des époques anomales suffit pour les caractériser.

Différences de la métro-hémorrhagie et des règles dans le cas de coïncidence d'invasion.

1264. Les métro-hémorrhagies qui commencent et se reproduisent aux époques menstruelles, et qui se prolongent pendant un temps qui excède la durée ordinaire des règles (1098), ou seulement qui ont, pendant un temps égal à la durée habituelle du flux menstruel chez le sujet malade, une abondance insolite (1099), doivent à ces circonstances le caractère de maladie qui les distingue de l'hémorrhagie cataméniale. Il est rare que ces métro-hémorrhagies ne diffèrent pas aussi des menstrues ordinaires par des symptômes plus prononcés d'hyperaimie utérine.

Différence des métro-hémorrhagies et des règles d'après les qualités du sang qui provient de l'utérus.

1265. Le sang qui provient de la métro-hémorrhagie aiguë chez les femmes qui ne sont pas dans un état de cachexie habituelle, ou d'épuisement résultant de pertes de sang antécédentes par quelques voies qu'elles soient survenues, est chargé de fibrine et de cruor, et par suite très coagulable; c'est pourquoi ces malades perdent toujours, en plus ou en moins grande quantité, des caillots qui se forment dans le vagin par l'accumulation du sang pendant la supination. Cette propriété de se concréter qu'a le sang qui provient des hémorrhagies utérines établit une différence entre elles et l'écoulement physiologique des règles qui fournit un sang à peine coagulable (1100).

1266. Le caractère de maladie symptomatique est imposé aux métro-hémorrhagies par la présence des signes des lésions morbides primitives auxquelles elles se rattachent.

Ces signes se déduisent d'altérations de structure étrangères à l'hémorrhagie idiopathique : on les trouve dans le plus grand nombre des hémorrhagies utérines de femmes âgées, parce que presque toutes ces hémorrhagies sont des symptômes de lésions de texture de la matrice ou de ses annexes (1236). Nous indiquerons les signes de ces lésions utérines, qui doivent ôter à ces hémorrhagies leur caractère idiopathique, quand il sera question des maladies desquelles elles dépendent; toutefois il paraît utile de signaler ici ceux qui se rapportent à la métrite interne aiguë et chronique, que nous voyons souvent méconnaître en pratique et désigner sous le nom de métro-hémorrhagie.

Diagnostic différentiel des métro-hémorrhagies idiopathiques et de celles qui arrivent comme symptômes des métrites aiguës ou chroniques.

1267. L'utérus, dans les métro-hémorrhagies, a toujours augmenté de volume, les lèvres du museau de tanche sont légèrement tuméfiées et présentent une surface plus sphérique que dans l'état sain (1233). Malgré ces changements la matrice n'offre jamais la forme comme globuleuse de son corps ni la douleur vive à la pression médiatement ou immédiatement exercée par le vagin sur son corps ou sur son col, comme dans les phlegmasies intra-utérines qui sont ordinairement accompagnées d'exhalation de sang. La métro-hémorrhagie ne s'accompagne pas ordinairement de la fièvre symptomatique que l'on voit rarement manquer dans la métrite aiguë. Cette dernière maladie est aussi le plus souvent accompagnée de vomissements et de diarrhée que ne nous offre pas l'hémorrhagie utérine. La tuméfaction, la mollesse comme spongieuse du tissu du museau de tanche, le gonflement de la matrice qui élève son fond au moins à deux pouces au dessus du pubis; la douleur qu'on provoque au toucher et à l'exploration médiate de la matrice par le rectum et à l'hypogastre; l'activité des douleurs lombaires et inguinales, augmentant surtout la nuit et se joignant souvent à de véritables coliques utérines, caractérisent suffisamment la métrite interne chronique : quant à l'écoulement qui se fait dans ces cas par la vulve, il con-

siste dans un flux de sérosité sanguinolente rougeâtre, souvent mêlé d'un fluide muqueux ou mucoso-puriforme, devenant presque tous les soirs mêlé de sang au point de paraître un sang noirâtre pur; ce n'est que par intervalles, aux époques menstruelles, ou après que les malades se sont fatiguées par la marche et la station, ou après l'action de toute autre cause évidente, qu'un écoulement abondant de sang pur, coagulable, se joint au flux sanguinolent et comme sanieux habituel (1236); c'est qu'alors la maladie inflammatoire de l'utérus se complique temporairement d'une véritable métro-hémorrhagie.

Appréciation des phénomènes qui se joignent souvent à l'oligaimie produite par la métro-hémorrhagie.

1268. L'oligaimie produite par les hémorrhagies utérines se montre souvent avec des symptômes d'une acuité et d'une intensité telles qu'ils inspirent facilement des inquiétudes au médecin qui n'en a pas été témoin ou qui ne s'est jamais rendu compte de leur nature et de leur cause immédiate. Ces accidents sont tous les phénomènes morbides généraux de l'hystéralgie la plus violente : ainsi, des spasmes cloniques et toniques fréquents et revenant par la moindre cause, des illusions d'optique, des douleurs gastralgiques et des vomissements, des coliques violentes, une céphalalgie des plus vives, de fréquentes et de fortes palpitations, etc.

Parmi ces phénomènes morbides, les uns appartiennent spécialement à l'oligaimie (53), et cependant sont moins la mesure de son intensité que le résultat d'une inaptitude à supporter les pertes de sang portées à un certain degré, inaptitude moins rare chez les femmes que ne le ferait penser l'habitude des pertes de sang qui leur est physiologiquement propre; les autres dépendent d'un certain degré d'hyperaimie dont l'utérus reste le siége après les métro-hémorrhagies, et qui s'exaspère aux époques menstruelles. Cette distinction, qu'on peut faire d'après les symptômes de la maladie, est importante pour motiver le diagnostic qu'il convient de porter.

1269. La céphalalgie et les palpitations, qui sont des symptômes habituels des oligaimies (53), ont quelquefois un si haut degré d'intensité dans les métro-hémorrhagies, qu'elles peuvent suggérer l'idée de maladies aiguës du cerveau et du cœur.

Diagnostic différentiel de la céphalalgie et des palpitations symptomatiques des métro-hémorrhagies et des maladies du cerveau et du cœur.

1270. La céphalalgie oligaimique des femmes affectées de métro-hémorrhagie a habituellement son siége au synciput ou sur les régions temporo-orbitaires; elle est gravative, avec des exacerbations lancinantes et dilacérantes, comme les douleurs névralgiques; elle augmente très fréquemment par l'impression du froid sur le cuir chevelu; elle ne s'accompagne d'autre dérangement dans le pouls que de celui qui se rapporte à l'impression d'une vive douleur qui rend les diastoles artérielles serrées, inégales, quelquefois irrégulières; elle est toujours jointe à l'insomnie et à une sur-excitation nerveuse qui est quelquefois portée au point de produire des spasmes spontanés, ou provoqués par la plus légère cause. Ces accidents ne sont jamais continus comme ceux que produit l'encéphalite; ils s'interrompent par intervalles, et reviennent une ou plusieurs fois par jour, comme des accès de fièvre intermittente larvée. L'influence des topiques stimulants sur les surfaces tégumentaires extérieures ou gastro-intestinales, qui exaspère les symptômes des phlegmasies cérébrales, diminue fréquemment les douleurs oligaimiques ou prévient leurs exacerbations. On ne peut donc confondre les accidents céphalalgiques de l'oligaimie métro-hémorrhagique avec les douleurs encéphaliques inflammatoires qui ont d'ailleurs rarement une aussi grande intensité et sont toujours jointes à un état fébrile continu.

1271. Les palpitations, effet de l'inanition de l'appareil vasculaire par l'hémorrhagie, seraient d'autant plus facilement prises pour des symptômes de maladie du cœur, qu'elles sont toujours dans ces cas jointes à un bruit de frottement produit par le passage du sang aux orifices du cœur et dans les canaux artériels, que l'on perçoit à l'aus-

cultation de la poitrine. On ne commet point cette erreur de diagnostic quand on sait reconnaître, en même temps que ce bruit de frottement, l'absence constante des signes positifs des maladies soit aiguës, soit chroniques du cœur, et lorsqu'on est prévenu que toute perte de sang, même provoquée par l'art ou par une blessure accidentelle, est suivie de la manifestation de ces symptômes. Le bruit de frottement dans les vaisseaux et au cœur, que l'on perçoit dans ces cas, se fait entendre pendant la périsystole des ventricules du cœur, à un intervalle d'autant plus grand de la fin de la systole qu'on explore des vaisseaux plus éloignés du cœur.

Des signes de l'hyperaimie utérine qui persiste après la métro-hémorrhagie.

1272. Les symptômes qui persistent ou qui surviennent dans les intervalles de suspension des hémorrhagies utérines ou après la terminaison de ces hémorrhagies, peuvent se rapporter à la persistance à un certain degré de l'hyperaimie utérine; ces symptômes existent si l'on voit continuer, après que la métro-hémorrhagie est suspendue, les accidents utérins qui se sont montrés dès son début, tels que les douleurs lombo-hypogastriques augmentant par la marche et la station, les douleurs gravatives qui provoquent les besoins fréquents d'uriner, les tiraillements aux aines, la sensibilité anomale à la pression du globe utérin resté plus gros et plus saillant au dessus du pubis que dans l'état normal, de la chaleur et de la turgescence au vagin et à la vulve, des coliques utérines, etc. Ces phénomènes sont des signes pathognomoniques d'un état d'hyperaimie utérine qui persiste après l'hémorrhagie; ils s'exaspèrent aux époques menstruelles. Cette hyperaimie utérine est la cause immédiate, par l'influence qu'elle exerce sur tout le système nerveux, des épiphénomènes qui se montrent pendant l'oligaimie métro-hémorrhagique; elle contribue, à en juger par les accidents qu'elle produit dans les hystéralgies cataméniales (1173), à rendre plus intenses les symptômes de l'oligaimie après les métro-hémorrhagies, qu'ils ne le sont d'ordinaire après les pertes de sang accomplies par tout autre organe.

Art. IV. Prognostic des métro-hémorrhagies.

1273. La métro-hémorrhagie chez une femme dans la force de l'âge, bien constituée, ou seulement non affaiblie par des maladies, n'est presque jamais par elle-même une maladie très grave; chez les femmes d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, qui vivent sous des influences hygiéniques stimulantes, elle est quelquefois utile comme crise d'un état de pléthore, ou comme prévenant des hyperaimies ou des phlegmasies graves qui peuvent menacer d'autres organes. Ce prognostic s'applique surtout aux métro-hémorrhagies qui arrivent au premier retour des menstrues, six à huit semaines après l'accouchement. Il convient aussi pour les métro-hémorrhagies qui signalent la réapparition des règles après le sevrage, ou même pour celles qui surviennent souvent au premier retour des règles, lorsqu'elles ont été suspendues pendant un certain nombre de mois par des causes qui n'ont pas déterminé un état d'affaiblissement prononcé.

Des cas dans lesquels la métro-hémorrhagie n'a qu'une gravité modérée.

1274. La métro-hémorrhagie intense, et surtout celle qui se renouvelle souvent ou qui se prolonge à l'état chronique, est toujours une maladie grave, surtout lorsqu'elle affecte des femmes d'un tempérament nerveux ou lymphatique, ou des femmes affaiblies par des maladies; elle entraîne l'amaigrissement, et elle augmente la susceptibilité du système nerveux au point qu'il se manifeste bientôt, pour la moindre cause, des accidents nerveux hystériformes. Le moins fâcheux effet des métro-hémorrhagies souvent répétées et long-temps prolongées est de jeter les malades dans un état de débilité extrême, qui est la disposition la plus prochaine à contracter des maladies, et constitue par lui-même un état morbide grave (1221). L'utérus, entretenu dans un état de congestion sanguine permanent ou fréquemment renouvelé, est dans ces cas immédiatement disposé à devenir le siége d'une phlegmasie;

Des prédispositions des sujets qui rendent la métro-hémorrhagie plus grave.

tandis que la continuité ou la fréquente répétition de ces métro-hémorrhagies finit par conduire les femmes à un état d'oligaimie habituel. Il résulte de tous ces accidents une imperfection des fonctions circulatoires et une débilité extrême de tous les actes organiques qui est toujours très difficile à guérir, surtout quand il dure depuis un certain temps; l'amaigrissement porté très loin, l'anorexie continue, et surtout l'anasarque, sont alors les symptômes les plus graves. Le prognostic, dans ces cas, est d'autant plus fâcheux que la femme est dans un âge plus voisin de l'âge critique et qu'elle est d'une contitution plus débile.

Des formes de la métro-hémorrhagie qui la rendent plus grave.

1275. Plus une métro-hémorrhagie est rapide, plus l'influence qu'elle exerce sur l'organisme est grande; il suffit d'une seule attaque de cette maladie pour jeter une femme dans un état de débilité et d'oligaimie dont elle ne pourra sortir que lentement et avec d'autant plus de difficulté qu'elle sera d'un âge plus avancé. Les effets immédiats d'une métro-hémorrhagie prolongée, mais peu considérable, sont toujours moins fâcheux que ceux d'une perte de sang utérine qui survient rapidement et en grande quantité; c'est après ces hémorrhagies rapides qu'arrivent les défaillances et les mouvements spasmodiques, qu'Hippocrate avait déjà signalés dans ces cas comme d'un mauvais présage[1].

Gravité de la métro-hémorrhagie résultant de son influence sur les fonctions utérines.

1276. L'influence fâcheuse que la métro-hémorrhagie exerce sur les fonctions de l'utérus (1229) est une des circonstances qui aggravent le prognostic de cette maladie. La conversion du flux menstruel (1222) en véritables hémorrhagies utérines souvent considérables, les avortements auxquels elles prédisposent, sont des accidents tellement graves qu'il serait imprudent de ne pas les prévoir. L'inaptitude à concevoir est aussi une suite fâcheuse de ces maladies qu'il ne faut pas méconnaître; heureusement qu'elle

[1] *Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.* (Hipp., *Aph.*, lib. v, aph. 56.)

n'entraîne aucun effet nuisible à la santé de la femme. On doit regarder ces suites fâcheuses comme très probables après les métro-hémorrhagies répétées et surtout après les métro-hémorrhagies chroniques.

Prognostic des récidives de la métro-hémorrhagie.

1277. Les métro-hémorrhagies, même les moins intenses, surtout lorsqu'elles ont persisté pendant un certain temps sous la forme chronique, ont toujours une grande propension à récidiver (1222), dont il faut tenir compte pour le prognostic; il importe de prévoir ces récidives chaque fois que l'utérus devient physiologiquement le siége d'une hyperaimie et le terme d'un molimen hémorrhagique (1239). Ainsi, le retour inévitable de l'époque des règles marque le plus souvent l'instant des récidives; elles sont aussi presque toujours imminentes après l'accouchement, surtout quand les femmes n'allaitent pas, et au moment du sévrage.

L'habitude des métro-hémorrhagies répétées une fois établie, ou après que la maladie a duré pendant un certain temps à l'état chronique, la guérison est des plus difficiles à obtenir.

Prognostic des accidents d'oligaimie après la métro-hémorrhagie.

1278. Quand une femme est jetée dans l'oligaimie par l'abondance, par la répétition ou par la longue durée d'une hémorrhagie utérine, le prognostic est fâcheux, parce que la malade reste toujours pendant longtemps dans cet état, et qu'il suffit du renouvellement de la perte de sang même à un faible degré pour entraîner la mort. Quand cette terminaison, à la vérité fort rare, est imminente, elle s'annonce par la faiblesse extrême du pouls, le froid des extrémités, des mouvements spasmodiques, des défaillances éprouvées par les malades même dans le lit, des sueurs visqueuses aux tempes, etc.

L'oligaimie métro-hémorrhagique est subordonnée pour la facilité de sa disparition à toutes les influences qui agissent sur elle dans toute autre circonstance pathologique; mais les symptômes plus graves dont elle s'accompagne après les métro-hémorrhagies (1268) la rendent toujours

plus difficile à guérir qu'après toute autre maladie. Les symptômes de dérangement des fonctions digestives, tels que les vomissements, l'anorexie, les douleurs gastralgiques, dont elle est ordinairement compliquée, apportent d'ailleurs de grands obstacles à l'administration des médicaments nécessaires, et les accidents spasmodiques ajoutent à la difficulté d'obtenir le rétablissement des forces; ils fatiguent les malades, empêchent le sommeil, et produisent des mouvements convulsifs qui épuisent souvent plus que les déperditions de fluides.

Prognostic de la métro-hémorrhagie dans les cas de symptômes hystéralgiques.

1279. Les symptômes hystéralgiques (1150), joints aux accidents persistants de congestion vers l'utérus, après la suspension de la perte de sang, sont toujours d'un fâcheux prognostic; ils annoncent l'imminence et la probabilité du retour de la métro-hémorrhagie ou ils doivent faire redouter l'inflammation utérine consécutive.

Prognostic de la métro-hémorrhagie des impubères.

1280. La métro-hémorrhagie des impubères n'a jamais de très graves résultats, son influence fâcheuse se borne à entretenir un état de débilité qui ralentit l'accroissement du corps, surtout quand elle se renouvelle fréquemment, accident qu'il faut toujours redouter chez ces sujets à l'établissement de la menstruation.

Prognostic de la métro-hémorrhagie des femmes en couches.

1281. La métro-hémorrhagie qui survient après l'accouchement acquiert facilement un haut degré de gravité à cause de l'abondante déperdition sanguine qu'elle arrive à provoquer en peu de temps avec plus de facilité que dans toute autre circonstance; elle expose aussi davantage à la phlegmasie utérine, parce qu'elle est toujours jointe à une congestion sanguine plus considérable vers la matrice.

Prognostic des métro-hémorrhagies symptomatiques.

1282. Les métro-hémorrhagies symptomatiques des maladies chroniques ont par elles-mêmes une gravité toujours très grande; elles la doivent à l'opiniâtreté avec laquelle elles persistent et se reproduisent, et à l'influence fâcheuse de l'oligaimie qu'elles occasionnent sur l'action nui-

sible, déjà si grave, que les maladies dont elles sont le symptôme exercent sur l'économie. Cette remarque s'applique surtout aux métro-hémorrhagies symptomatiques des maladies du cœur, et des hétéro-sarcoses abdominales et surtout utérines. La débilité oligaimique et l'anasarque que ces pertes de sang font naître en se prolongeant, ou en se renouvelant à des intervalles rapprochés, hâtent le terme fatal de ces maladies.

Il est même quelques maladies organiques de l'utérus qui ne doivent qu'aux métro-hémorrhagies qu'elles produisent de pouvoir compromettre la vie des femmes; telles sont les tumeurs fibreuses intra-utérines qui n'entraînent en général que des accidents locaux peu graves tant qu'elles ne se compliquent pas de métro-hémorrhagie; dès que cette complication survient, elle persiste ou se reproduit avec opiniâtreté, et jette les femmes dans un état d'oligaimie et d'anasarque porté au point de mettre leur vie immédiatement en danger, ou au moins de les jeter dans un état cachectique, duquel on ne peut les faire sortir ensuite qu'avec beaucoup de peine et que par un traitement très prolongé, même après que la guérison des polypes fibreux a tari la source des pertes de sang.

Les métro-hémorrhagies symptomatiques des maladies aiguës, et principalement des fièvres graves, sont toujours fâcheuses par la débilité qu'elles occasionnent, qui ne fait qu'aggraver l'état adynamique par lequel se marque le plus grand danger de ces fièvres. La métro-hémorrhagie n'est avantageuse dans les maladies inflammatoires aiguës que lorsqu'elle se montre comme crise (1259).

Art. V. Thérapeutique des métro-hémorrhagies.

1283. Les conditions pathologiques principales d'après l'appréciation desquelles s'établit la curation rationnelle des métro-hémorrhagies sont :

Exposition succincte des conditions principales d'où se déduisent les indications curatives des métro-hémorrhagies.

1° Le molimen hémorrhagique qui s'accomplit sur l'u-

térus pour l'accomplisssement physiologique de la menstruation (1098);

2° L'action stimulante que les causes proégumènes et occasionnelles des métro-hémorrhagies exercent médiatement ou immédiatement sur l'utérus. Cette action stimulante appelle sur la matrice un mouvement fluxionnaire qui vient en aide à la condition menstruelle hémorrhagipare ou qui est activé par elle; elle a pour résultat final la production de l'hyperaimie utérine;

3° Les conditions si favorables aux hyperaimies et aux exhalations sanguines, qui se trouvent dans la structure de l'utérus, et les rapports de ce viscère avec la circulation en général et avec les organes voisins (1241);

4° L'habitude des hémorrhagies chez les femmes, qui les prédispose à un état pléthorique dont la matrice est l'émonctoire habituel (1240);

5° Le degré de congestion dont l'utérus est le siége au début et pendant la durée de l'hémorrhagie utérine, apprécié par les symptômes initiaux et concomitants de la perte de sang (1196, 1217);

6° La facilité avec laquelle, par la persistance ou la reproduction fréquente des hémorrhagies utérines, l'appareil vasculaire utérin passe à un état comme passif d'hyperaimie qui fait persister ou se reproduire plusieurs fois sous la forme chronique la métro-hémorrhagie (1246);

7° Les effets immédiats des pertes de sang par l'utérus, soit abondantes et rapides, soit peu considérables mais prolongées ou souvent répétées, qui produisent l'oligaimie et tous les épiphénomènes hystéralgiques qui s'y joignent (1216);

8° Les modifications que toutes ces conditions pathogéniques reçoivent de la succession des âges, et des divers actes de la génération, et principalement de la gestation, de l'accouchement, de la lactation et du sevrage.

Méthode thé- 1284. La première indication thérapeutique qui se pré-

sente pour la curation des métro-hémorrhagies consiste à soustraire autant que possible la malade à toutes les causes qui peuvent favoriser la production et la persistance de l'hyperaimie utérine. On y parvient en atténuant l'activité de ces causes quand elles sont physiologiques et qu'on ne peut les suspendre, ou en les faisant cesser tout à fait quand elles sont étrangères à l'organisme. L'influence de toutes les causes, soit primitives, soit secondaires, qui contribuent à la production de l'hémorrhagie, une fois suspendue, l'hyperaimie utérine s'épuise par suite de la perte du sang et l'hémorrhagie se termine. Cette médication constitue la méthode expectante. Un grand nombre de métro-hémorrhagies aiguës et même chroniques guérissent par les seuls moyens de traitement qu'elle comporte. Pour celles qui exigent une médication plus active, ces moyens thérapeutiques sont encore impérieusement indiqués; sans leur action adjuvante, on n'obtient aucun effet utile des autres méthodes de traitement.

rapeutique expectante pour la curation des métro-hémorrhagies.

Pour soustraire les malades à l'action des causes qui peuvent favoriser l'hyperaimie et la perte de sang utérines, il faut d'abord les mettre dans le plus grand repos en leur faisant garder jour et nuit une position horizontale sur un lit dur et pourvu de couvertures qui n'entretiennent autour d'elles qu'une chaleur modérée, avec le soin de tenir le bassin sur un plan plus élevé que le reste du corps. Pendant que la femme reste dans les conditions de position qui ôtent à l'activité de la circulation, à tous les actes de la vie de relation qui agissent en augmentant l'énergie du cœur, et à la pesanteur du sang, leur influence sur la production de l'hyperaimie utérine, on doit éloigner d'elle toutes les influences morales qui peuvent l'affecter, et toutes les personnes et les choses qui peuvent mettre en jeu ses sensations, de manière à lui occasionner des impressions excitantes. On a soin de la débarrasser de tous les liens qui pourraient gêner la circulation. On lui recommande d'évi-

ter de parler, de fixer son attention et de se laisser aller à aucune émotion vive; on la soustrait à l'influence du bruit ou de la lumière vive. On favorise par des lavements frais, légèrement laxatifs, la liberté des excrétions alvines. On prévient en même temps les effets de la stimulation que l'accomplissement des fonctions digestives produit sur tout l'organisme et spécialement sur le cœur, par une diète relâchante, peu réparatrice, et par l'administration de boissons fraîches adoucissantes.

L'ingestion des boissons et des aliments à la glace a souvent dans ces cas les effets les plus heureux, c'est le plus sûr moyen d'affaiblir autant que possible l'influence excitante que le contact des aliments exerce toujours sur toute l'économie par l'intermédiaire des organes digestifs; mais ce moyen, qui peut être suivi d'une réaction vive, ne doit être conseillé que lorsque les femmes ne sont pas dans un état de pléthore, ou ne présentent pas les symptômes d'une hyperaimie utérine très prononcée.

La plupart des métro-hémorrhagies aiguës diminuent dès le lendemain de l'emploi de cette médication, et se terminent au bout de peu de jours. On obtient aussi d'heureux effets de ce traitement simple contre les hémorrhagies utérines chroniques; ces maladies perdent de leur intensité en quelques jours, souvent même elles s'arrêtent sans autre moyen thérapeutique en deux ou trois semaines. Ces heureux résultats obtenus, si l'hémorrhagie affecte une femme d'une bonne constitution, et qui ne soit pas arrivée à un état d'épuisement avancé, l'emploi des moyens indiqués pendant un temps égal à celui qui a été nécessaire pour amener la cessation de l'hémorrhagie, suffit presque toujours pour consolider la guérison. Dans tous les cas, il ne faut ramener la malade que progressivement à ses habitudes de vie.

Méthode de traitement actif nécessitée par

1285. Si la médication expectante est impuissante, soit par suite de l'intensité de l'hyperaimie utérine, soit parce

qu'il existe un état pléthorique qui rend les congestions hémorrhagiques faciles et graves, il faut recourir à l'emploi des moyens thérapeutiqnes actifs indiqués par ces conditions pathologiques. Ces moyens sont surtout les saignées générales et locales, et les topiques qui exercent une action dérivative par rapport à l'utérus.

l'hyperaimie utérine et la pléthore.

1286. Le moyen thérapeutique actif qu'on prescrit le plus souvent contre les hémorrhagies utérines est la saignée générale; elle diminue la surcharge de l'appareil circulatoire, ou même elle réduit immédiatement la quantité de sang qu'il contient au dessous des limites de l'état physiologique, et comme il n'est pas d'organe qui soit plus que l'utérus sous l'influence de la circulation (1241), la saignée décide le plus souvent d'une manière médiate le bon effet jusque-là incertain ou trop tardif et incomplet de la médication expectante (1284).

De l'emploi de la saignée générale contre la métro-hémorrhagie.

Pour obtenir des émissions sanguines tous les bons effets qu'on peut en attendre, il faut en proportionner l'activité à l'état des forces des malades. Si l'on a à traiter une femme pléthorique, d'une forte constitution ou habituée à de fréquentes pertes de sang, il ne faut pas hésiter à tirer du sang avec hardiesse jusqu'à ce que les signes de la pléthore aient disparu. Si au contraire la malade est d'un tempérament peu sanguin ou lymphatique, on doit ménager les émissions sanguines et les pratiquer avec réserve, de manière à pouvoir les réitérer plusieurs fois sans inconvénient. De petites saignées répétées à plusieurs jours d'intervalle ont souvent beaucoup plus d'utilité qu'une forte déplétion sanguine pratiquée de prime abord. Elles ont ensuite l'avantage de ménager les forces des malades en leur permettant de réparer en grande partie dans l'intervalle d'une saignée à l'autre la quantité de sang précédemment soustraite.

Il faut tenir compte, dans la prescription des émissions sanguines contre les métro-hémorrhagies, de la proximité

ou de l'éloignement de la manifestation des règles. La maladie reçoit du molimen menstruel une influence fâcheuse qui tend à reproduire l'hyperaimie et la perte de sang utérines (1239). Il faut donc, aux approches des règles, se réserver la facilité de tirer du sang en conservant les forces des malades, car la saignée faite avec modération est alors le meilleur moyen d'atténuer dans ses effets nuisibles le molimen cataménial qu'on ne peut éviter. La médecine doit à M. Lisfranc les plus heureuses applications de cette méthode thérapeutique.

De l'emploi des saignées locales contre la métro-hémorrhagie.

1287. Quand les signes d'hyperaimie utérine sont très prononcés, on ne les voit pas toujours céder, au moins complétement, sous l'influence de la saignée générale, même plusieurs fois répétée; bien plus, la maladie locale persiste quelquefois encore lorsque, par l'effet des émissions sanguines faites par l'art ou par suite de la perte de sang utérine, la malade est dans un état plutôt d'oligaimie que de pléthore. Dans tous ces cas, la saignée générale n'est plus utile; elle pourrait même devenir nuisible; on n'a plus de moyen direct pour combattre l'hyperaimie utérine que de tirer du sang par des saignées locales dans le voisinage de l'utérus, aux aines, à l'hypogastre, aux lombes; nous les faisons faire le plus souvent aux aines ou sur le périnée. On limite ou l'on réitère ces saignées avec prudence, suivant l'état des forces, qu'il importe toujours beaucoup de ménager.

Lorsque la métro-hémorrhagie coïncide avec un gonflement des veines hémorrhoïdales, ou même avec des tumeurs hémorrhoïdales (613), les applications de sangsues à l'anus sont souvent suivies d'une rapide diminution et même de la suspension des accidents. L'expérience nous démontre journellement les bons effets de ces saignées locales qui n'augmentent pas la fluxion sur l'utérus, comme le prétendent beaucoup de médecins.

Règles sur l'emploi des dé-

1288. Pendant qu'on désemplit médiatement les vais-

seaux utérins par des saignées, ou dans les cas où l'on n'a plus la ressource d'y recourir, à cause de l'oligaimie déjà considérable, il faut diriger des moyens de traitement pour détourner de l'utérus le molimen hémorrhagique, en l'appelant sur un autre point. On se propose d'arriver à ce résultat en produisant sur des lieux éloignés de la région utérine, et surtout sur des parties qui ne reçoivent pas leurs vaisseaux des mêmes troncs d'origine que l'utérus, des congestions sanguines assez considérables ou assez longtemps continuées pour y faire converger une puissante fluxion sanguine. A cet effet, l'on a recours à des applications souvent répétées de topiques irritants, tels que des sinapismes, des liniments âcres, des vésicatoires volants, sur le dos, entre les épaules, sur les bras, aux avant-bras, aux mains; ou bien l'on fait agir sur ces parties des ventouses sèches, que l'on a soin de multiplier et de faire succéder les unes aux autres d'une manière presque continue. Nous avons l'habitude, dans ces cas, de faire appliquer deux ventouses sèches pendant vingt minutes toutes les heures, en descendant sur les parties antérieures du corps et des membres supérieurs, au-dessous de chaque clavicule, sur chaque bras, en dehors ou au dessous des mamelles, et sur les hypochondres. Hippocrate appliquait des ventouses sur les mamelles contre les ménorrhagies [1].

rivatifs contre la métro-hémorrhagie.

1289. Pendant qu'on a recours à tous ces moyens thérapeutiques, dans les métro-hémorrhagies abondantes, on doit diriger sur l'utérus, aussi immédiatement que possible, des agents sédatifs qui diminuent l'activité de la circulation dans son appareil vasculaire propre. Les topiques froids sur le ventre et dans le rectum agissent de cette manière. On les applique en administrant des lavements à l'eau froide et même à la température de la glace, et en maintenant sur l'hypogastre, sur la vulve et sur les aines,

Moyens topiques dirigés sur l'utérus pour supprimer la métro-hémorrhagie.

[1] *Menstruas si velis sistere, cucurbitulam quam maximam ad mammas appone.* (Aph. 50, sect. v.)

des compresses ou des éponges imbibées d'eau froide, ou des vessies remplies de glace. Les injections vaginales froides, même avec des liquides styptiques et astringents, ont peu d'efficacité dans ces cas; le sang, en se mélangeant avec le liquide injecté, change sa température et affaiblit son action topique (1298).

Du tamponnement utérin contre la métro-hémorrhagie.

1290. Dans les pertes utérines tellement considérables qu'elles mettent la vie en danger, on trouve une ressource immédiate dans le tamponnement du vagin, que l'on pratique en remplissant ce canal avec de la charpie sèche ou enduite de poudre de colophane, ou imbibée d'une liqueur styptique comme une dissolution d'alumine. Ce moyen agit en forçant le sang de stagner dans la cavité utérine et de s'y coaguler; l'obstacle immédiat à l'extravasation sanguine est ainsi produit par le sang lui-même retenu dans l'utérus. Le tamponnement supprime la perte de sang, mais il est sans efficacité sur l'hyperaimie utérine; il ne peut que la favoriser en déterminant comme topique une action irritante sur la matrice, qui peut aller, comme nous l'avons vu, jusqu'à produire des phlegmasies de l'ovaire et de la trompe, ou de l'utérus lui-même. Ces inconvénients s'atténuent bien par l'emploi de moyens thérapeutiques; quoi qu'il en soit, ils sont tels qu'il n'est indiqué de recourir au tamponnement du vagin que dans des cas très graves, à cause de la rapidité et de l'abondance de l'hémorrhagie utérine.

Modifications à faire subir aux moyens de traitement dans les métro-hémorrhagies chroniques.

1291. Lorsque la métro-hémorrhagie dure depuis un temps assez long, si elle est même déjà chronique, il faut peu compter sur un résultat durable des moyens thérapeutiques, si l'on n'insiste longtemps sur leur emploi, au moins pour tous ceux qui constituent la méthode expectante (1284); sans cette précaution, ils ne font que suspendre l'hémorrhagie pour quelques jours, mais elle ne tarde pas à se reproduire. Il faut que l'action des agents thérapeutiques soit prolongée comme la maladie elle-

même, il faut par conséquent ménager les forces de la malade pour se conserver les moyens d'agir.

Quand l'oligaimie n'est pas portée très loin, dans la métro-hémorrhagie chronique, nous avons encore recours à de très faibles émissions sanguines plusieurs fois répétées, à trois, quatre, cinq jours d'intervalle (1286). Nous ajoutons à l'effet utile de ce moyen de traitement, et nous y suppléons, dans les cas où nous ne pouvons y avoir recours à cause de l'extrême débilité, en déterminant d'une manière presque continue des congestions sanguines sur les parties externes et supérieures du corps, par l'application de ventouses sèches (1288). C'est aussi dans ces circonstances que l'administration des boissons et des aliments à la glace a les plus heureux effets. Nous avons traité ainsi avec succès des métro-hémorrhagies chroniques longtemps combattues infructueusement par d'autres méthodes thérapeutiques. Il faut toujours, dans ces cas, que la médication soit continuée pendant plusieurs semaines, et même qu'on y revienne ensuite plusieurs jours chaque mois pendant un long temps aux époques menstruelles (1201, 1219, 1239).

Du traitement rationnel quand l'oligaimie est très prononcée.

1292. Le traitement rationnel des métro-hémorrhagies ne peut plus se diriger d'après les mêmes principes et reposer sur l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques si l'abondance, la prolongation ou la répétition des pertes de sang a déterminé l'oligaimie à un haut degré, et en même temps une irritabilité anomale du système nerveux (1216, 1268); les émissions sanguines, même locales, seraient alors dangereuses, et un régime trop atténuant ne ferait qu'aggraver l'état général déjà si fâcheux. Dans ces cas, qui constituent les métro-hémorrhagies chroniques les plus réfractaires aux moyens thérapeutiques, l'utérus n'est plus, comme chez les sujets pléthoriques et doués d'une grande vigueur, ou même chez ceux qui ne sont pas très notablement affaiblis, maintenu à l'état d'hyperaimie par l'influence d'une circulation énergique; il semble au contraire

n'y rester que parce que l'affaiblissement des fonctions de l'appareil circulatoire rend la résolution des congestions impossible ou imparfaite. L'hémorrhagie ne persiste alors que par une sorte d'atonie des vaisseaux utérins : aussi remédie-t-on à l'état morbide par un régime analeptique, et par des médicaments qui exercent sur l'appareil de la circulation une action tonique spéciale, sans cependant négliger les moyens principaux de la méthode expectante (1284). L'administration de ces médicaments exige une certaine réserve quand l'hémorrhagie est abondante et l'hyperaimie de la matrice encore intense. Il faut n'y venir avec hardiesse que lorsque l'hémorrhagie est devenue peu considérable et évidemment chronique, et que l'utérus n'est plus le siége que d'une congestion modérée qui ne détermine plus de douleurs vives, soit spontanément, soit par l'effet des explorations du médecin.

Des médicaments qui agissent comme toniques et qui conviennent dans les cas de métro-hémorrhagie avec oligaimie.

1293. Les médicaments toniques auxquels on a recours contre les hémorrhagies utérines qui se présentent avec les conditions qui viennent d'être spécifiées, sont d'abord les martiaux, et ensuite les végétaux amers, riches en tannin et en principes astringents, tels que le ratanhia en substance et en extrait, la bistorte, le quinquina, l'écorce de chêne, etc. Parmi les préparations ferrugineuses, les eaux minérales martiales gazeuses sont celles qui conviennent le mieux, telles que les eaux de Spa, de Forges, de Bussang, etc. Nous n'avons presque jamais eu à nous repentir que d'avoir eu recours trop tard à l'administration de ces remèdes; on en retire surtout d'excellents effets contre la métro-hémorrhagie des enfants (1208, 1280); leur utilité se manifeste moins par la diminution de l'hémorrhagie que par une plus grande activité dans les fonctions digestives et la diminution de la débilité; ce n'est ordinairement qu'après que cet état asthénique a commencé à se réparer que la perte de sang diminue.

Nous n'indiquerons pas spécialement tous les médicaments qui ont été recommandés pour satisfaire aux mêmes

indications que celles auxquelles sont appropriés les moyens dont nous venons de parler : tous ces agents thérapeutiques sont empruntés aux substances amères et toniques; ils ont tous la même manière d'agir, et doivent par conséquent être administrés suivant les mêmes règles. On les trouvera indiqués, avec des observations cliniques sur leur utilité, dans l'emménologie de Freind [1]. Toutefois, nous ne passerons pas sous silence ceux de ces remèdes à l'effet desquels les praticiens les plus dignes de faire autorité ont eu le plus de confiance.

La décoction d'écorce d'orange verte, dont Helwich faisait un secret pour la guérison de la métro-hémorrhagie chronique, a été aussi recommandée contre cette maladie par F. Hoffmann [2], Astruc [3] et Boerhaave [4]; ce médicament était déjà connu et préconisé par Rivière [5], qui y joignait l'usage du fer. L'extrait de cachou a été prescrit par Boerhaave [6] dans les mêmes cas pour lesquels Mead avait recours à l'alun, qu'il administrait soit seul, soit mélangé au sang de dragon [7]. Le quinquina est un des remèdes auxquels un grand nombre de médecins, et surtout Platner, Sydenham [8], et spécialement Werlhof [9], ont accordé le plus de confiance. Ils l'ont administré quelquefois seul, mais le plus souvent mélangé avec le sulfate d'alumine, l'acide sulfurique, etc. F. L. Bang rapporte qu'il a guéri complétement une jeune fille de dix-huit ans, sujette à une métro-hémorrhagie qui se reproduisait fréquemment et qu'il avait inutilement combattue par différents moyens, en lui administrant, trois fois par jour,

[1] *Emmenologia*, cap. XIII, *in op. omn.*, p. 131. Paris, 1735.
[2] *Med. syst. rat.*, t. IV, p. II, p. 118.
[3] *De morb. ven.*, p. 414.
[4] *Consult.*, vol. I, cas. 28.
[5] *Op. omn.*, p. 373.
[6] *Consult.*, vol. I, cas. 9.
[7] *De imp. solis et lunæ*, cap. III, et *Monit. med.*, p. 158.
[8] *Op. omn.*, p. 370.
[9] *Obs. de feb.*, sect. II, § 5.

soixante gouttes d'une mixture composée de teinture de quinquina et d'écorce d'orange, de chaque une once, et acide sulfurique deux gros. Il attribuait cette maladie à un état de relâchement et de débilité de l'utérus[1].

La plupart de ces médicaments, portés dans l'estomac, agissent comme topiques astringents en raison du tannin et de l'acide gallique qu'ils contiennent; il nous semble douteux que ce soit par cette propriété astringente, inséparable du contact immédiat, que ces remèdes, administrés à l'intérieur, peuvent supprimer les hémorrhagies, il est plus probable que leur utilité provient de l'action tonique qu'ils exercent d'abord sur les organes digestifs et ensuite, après l'absorption de leurs principes actifs, sur tout l'organisme et spécialement sur les organes de la circulation.

De l'administration spéciale de la cannelle contre la métro-hémorrhagie.

1294. Van Swieten a le premier recommandé, contre les hémorrhagies utérines qui succèdent à l'accouchement et qui dépendent de l'inertie de l'utérus[2], l'administration de l'écorce de cannelle et les préparations dont elle constitue la base. Plenk, considérant avec Reil presque toutes les métro-hémorrhagies comme des maladies asthéniques, est allé jusqu'à attribuer à la cannelle, contre la métro-hémorrhagie sans distinction, une efficacité aussi grande que celle du mercure contre la syphilis, ou du quinquina contre les fièvres intermittentes [3]. Schmidtmann a retiré de grands avantages de l'emploi de ce médicament[4]; mais il a soin de faire observer qu'il ne convient pas au début de la maladie, quand l'hémorrhagie est active et sthénique. P. Frank veut[5] qu'on n'ait recours à ce remède que lorsque l'hémorrhagie utérine est liée à un état général de débilité et d'atonie des plus prononcés; il fait même remarquer que

[1] *Prax. med. syst. exposit.*, p. 489. Hafniæ, 1818.

[2] *Comment. in Boerh. aph.* 1325.

[3] Plenk, *in Mohrenheims zur practischen Arzneykunde*, vol. I, p. 406. Vindobonæ, 1781.

[4] *Summa obs. med.*, t. III, cap. III, p. 84.

[5] *Epit. de curandis hom. morb.*, class. V, ord. III, gen. VIII.

la teinture de cannelle augmente souvent l'hémorrhagie par son action stimulante. Nous avons, sur la foi de ces praticiens, prescrit la cannelle contre des métro-hémorrhagies chroniques et contre des métro-hémorrhagies aiguës dont les premiers accidents avaient été atténués par les émissions sanguines; nous avons été surpris de la rapidité avec laquelle l'hémorrhagie a été guérie; ces premiers résultats nous ont encouragé, et maintenant l'utilité de la poudre d'écorce de cannelle dans ces cas est démontrée pour nous par un grand nombre d'observations cliniques. Pourvu que l'on observe avec soin les indications établies par P. Frank, qui rentrent dans celles auxquelles nous subordonnons l'emploi des toniques, des ferrugineux et des astringents (1292, il n'est pas de moyen dont on puisse retirer plus d'avantages dans les métro-hémorrhagies chroniques ou déjà arrivées au moins à l'imminence de l'état chronique, chez des sujets d'une constitution appauvrie, et dont le tube digestif est peu irritable; les métro-hémorrhagies qui guérissent le plus promptement par l'administration de ce moyen sont surtout celles qui surviennent après l'accouchement, lorsqu'elles se sont prolongées pendant un certain nombre de jours, et qu'elles sont dégagées de toute complication avec la pléthore. Nous prescrivons toujours la poudre de cannelle de préférence à toute autre préparation de cette substance, et nous en donnons de un à deux gros par jour, en trois ou quatre prises.

Nous voyons souvent des femmes atteintes de métro-hémorrhagies, auxquelles nous prescrivons les sels ou les oxides de fer, ne supporter ces médicaments que lorsqu'on les unit à des substances stimulantes aromatiques, comme la poudre d'anis ou de feuilles d'oranger; la cannelle nous semble très bien appropriée à cette destination.

De l'administration de la sabine contre la métro-hémorrhagie.

1295. La sabine, dont l'action stimulante sur l'utérus est si puissante, a été administrée contre les métro-hémorrhagies chroniques. Wedekin paraît être le premier

qui y ait eu recours avec avantage, et qui en ait préconisé l'usage en l'année 1800 [1]. Sauter dit que depuis cette époque il l'a administrée avec les plus heureux succès dans les métro- hémorrhagies *caractérisées par les noms d'atonie, asthénie, faiblesse, défaut de contractilité ou de force de cohésion* [2], etc. Gunther a joint aux observations de ces médecins l'autorité de sa pratique sur les heureux effets de ce remède dans les mêmes circonstances [3]. La dose à laquelle la sabine a été donnée dans ces cas a été de quinze à vingt-quatre grains de poudre, trois fois par jour.

L'action extrêmement énergique de la sabine comme stimulant et même comme irritant des organes digestifs et de l'utérus, doit imposer pour son usage la plus grande circonspection. Cette substance serait certainement dangereuse si l'utérus était le siége d'un certain degré d'hyperaimie active; si elle n'augmentait pas l'hémorrhagie, elle pourrait produire une véritable métrite. Nous ne l'avons jamais administrée pour des métro-hémorrhagies, mais nous l'avons prescrite plusieurs fois avec avantage dans les leucorrhées chroniques chez des femmes d'une constitution lymphatique, et qui sont dans un état d'épuisement et de faiblesse extrême. Les bons effets que nous en avons obtenus nous inspirent de la confiance pour la prescrire dans les cas de métro-hémorrhagie chronique dans lesquels il n'y a qu'un écoulement séreux et qui se montrent dans des conditions pathologiques semblables (1225, 1231).

Administration des bains froids contre la métro-hémorrhagie.

1296. Parmi les moyens de traitement dont on a retiré le plus d'avantages contre la métro-hémorrhagie, il n'en est peut-être pas qui mérite plus de confiance que les bains froids, et surtout les bains de rivière; ils ne sont contr'indiqués que dans les métro - hémorrhagies aiguës qui se lient à la pléthore et à une hyperaimie considérable

[1] *Dissert. insérée dans le Journal d'Hufeland*, vol. x, p. 96, an 1800.
[2] *Mélanges de chirurgie étrangère*, t. i, p. 281, en note. Genève, 1824.
[3] *Journal d'Hufeland*, sept. 1826.

et presque inflammatoire de l'utérus. Cette contre-indication cesse ordinairement avec facilité par les émissions sanguines; on peut ensuite compter sur l'utilité des bains froids, soit entiers, soit limités au siége et à l'abdomen, pourvu que leur administration soit bien dirigée. Il faut graduer l'activité de ce moyen de manière à proportionner son effet immédiat à la facilité avec laquelle les malades réparent le calorique qu'elles perdent par l'action de l'eau froide; l'on arrive à ce résultat en graduant convenablement la durée de l'application du topique réfrigérant, sa température et la rapidité de son action. Pour la durée, elle varie depuis celle d'une simple affusion rapide d'eau froide sur tout le corps jusqu'à celle de l'immersion dans l'eau froide pendant un temps qui peut durer de quelques minutes jusqu'à une demi-heure et même plus. La température de l'eau peut être abaissée au dessous de celle des bains domestiques ordinaires jusqu'à un ou deux degrés au dessus de zéro, suivant qu'on veut opérer un refroidissement plus grand et une modification plus brusque dans la circulation. Quant à la rapidité de la soustraction du calorique, elle est plus grande si l'on plonge la malade dans une eau courante que lorsqu'on se borne à lui faire ruisseler l'eau sur le corps, ou qu'on la laisse plongée dans un bain disposé dans une baignoire. Le médecin combine avec sagacité ces divers modes d'administration du médicament topique dont il est facile de mesurer les effets: la règle la plus sûre pour se guider se trouve dans la facilité avec laquelle la chaleur se rétablit; il faut que la réaction commence presque immédiatement après la soustraction du calorique, qu'elle s'opère progressivement et qu'elle soit assez prononcée pour élever légèrement le pouls et pour produire une sorte de fièvre de deux à trois heures au plus de durée. Si la malade est faible et dans l'oligaimie, la réaction sera lente et difficile, on la favorisera par des frictions sèches sur les extrémités et par des boissons diaphorétiques; l'on

devra d'ailleurs n'opérer alors qu'une soustraction de calorique très peu prolongée; en agissant autrement on augmenterait la faiblesse de la malade, de même qu'une soustraction de calorique faite avec timidité chez un sujet pléthorique serait suivie d'une réaction énergique qui aggraverait l'état morbide. En continuant ces moyens pendant un certain temps, en graduant leurs effets et en les rendant d'autant plus actifs que les malades réagissent avec plus de facilité contre leur résultat immédiat, nous avons guéri des métro-hémorrhagies qui avaient résisté à des médications variées, et nous avons prévenu des récidives qui s'étaient reproduites plusieurs fois avec opiniâtreté au retour de chaque époque menstruelle.

Si l'hémorrhagie utérine est ancienne et si elle est jointe à une oligaimie très prononcée, l'usage des toniques amers et des ferrugineux favorise ordinairement l'effet utile des soustractions de calorique opérées sur toute la surface du corps; mais il importe de diminuer progressivement l'activité de cette médication interne à mesure que les forces se rétablissent et que les symptômes d'oligaimie diminuent.

Utilité des topiques astringents portés directement sur l'utérus pour guérir la métro-hémorrhagie.

1297. Les topiques astringents, portés directement vers l'utérus, ont peu d'efficacité pour arrêter les métro-hémorrhagies; cela dépend en grande partie de ce que ces remèdes, qui consistent dans des dissolutions plus ou moins styptiques et tannantes que l'on injecte par le vagin, ne pénètrent dans l'utérus qu'en petite quantité, et n'exercent sur ses parois qu'une action topique presque nulle à cause de la couche de sang qu'ils y rencontrent (1289).

On peut cependant rassembler d'après les auteurs un assez grand nombre d'observations sur l'heureux effet de ces topiques, depuis celle qui a été recueillie par Galien sur une femme inutilement traitée depuis quatre jours, pour une métro-hémorrhagie qu'il fit cesser par l'injection de l'eau de plantain dans l'utérus [1]. Il faut remarquer que dans la

[1] *De meth. med.*, lib. v, cap. v.

plupart de ces cas il s'agissait d'hémorrhagies plus graves par leur continuité que par la grande quantité de sang qu'elles faisaient perdre.

On ne peut en général recourir avec confiance aux topiques utérins styptiques et astringents que pour les métro-hémorrhagies symptomatiques qui dépendent d'ulcérations du col de l'utérus ou de tumeurs fibreuses ou polypeuses qui ont distendu la cavité utérine et dilaté à un certain degré le museau de tanche. L'action topique de ces médicaments est alors quelquefois utile si la métro-hémorrhagie symptomatique devient assez abondante ou assez prolongée pour constituer par elle-même un accident immédiatement dangereux. Des liquides astringents et styptiques, la dissolution d'alumine nous a toujours semblé dans ces circonstances celui qui agit avec le plus d'activité; nous préférons cependant encore porter aussi immédiatement que possible sur le siége du mal, à l'aide de bourdonnets de charpie, le sulfate d'alumine en poudre, humecté seulement avec une petite quantité d'eau. Nous réunissons ainsi l'action du tamponnement à celle du topique astringent. Ces moyens seraient dangereux dans les métro-hémorrhagies idiopathiques qui sont liées à un état plus ou moins prononcé d'hyperaimie de la matrice qu'ils exaspéreraient; on ne pourrait guère y avoir recours que dans quelques métro-hémorrhagies chroniques, dans lesquelles les médicaments toniques administrés par l'estomac sont indiqués (1292); nous avons si fréquemment vu des accidents inflammatoires utérins graves succéder à l'action de topiques beaucoup moins irritants sur le museau de tanche et dans le vagin (1290), que nous conseillons même dans ces cas de n'agir dans ce sens qu'avec la plus grande circonspection.

Emploi de l'ergot du seigle pour la curation des métro-hémorrhagies.

1298. L'administration de l'ergot du seigle a été conseillée pour arrêter les métro-hémorrhagies, d'après l'action incontestable que ce médicament exerce sur la contractilité utérine dans l'accouchement. Avec quelque réflexion, on

aurait vu que dans le cas de vacuité de l'utérus, cet organe se trouve dans des conditions bien différentes de celles où il est au moment de la parturition; l'on aurait compris que la propriété démontrée du médicament indique un effet qui ne pourrait qu'être nuisible dans la métro-hémorrhagie, puisqu'il a nécessairement pour résultat de stimuler l'utérus, et d'augmenter ainsi l'état de turgescence de son appareil vasculaire; enfin, l'on aurait aperçu que quand bien même on provoquerait des contractions utérines, on ne remédierait pas à un état morbide qui ne peut dépendre, comme celui des hémorrhagies qui suivent immédiatement la délivrance, d'un état d'inertie de la matrice. L'administration du seigle ergoté, contre la maladie qui nous occupe, n'est donc pas rationnelle; nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois par des médecins et par les élèves des hôpitaux chargés de donner les premiers soins aux femmes atteintes de métro-hémorrhagies amenées dans ces établissements, nous n'en avons vu résulter aucun avantage; dans quelques cas, il nous a paru évident que les accidents ont été exaspérés. Quant aux observations qu'on a publiées, elles nous semblent peu dignes de confiance; les unes ont été évidemment recueillies par des hommes peu habitués à voir des malades; quant aux autres, on reconnaît aisément que les résultats heureux qu'elles présentent sont obtenus journellement par les simples moyens adjuvants (1284) auxquels les femmes ont toujours été simultanément soumises.

Emploi des émétiques dans le traitement des métro-hémorrhagies.

1299. Les émétiques, par les vives secousses qu'ils impriment à tous les viscères abdominaux et par les changements brusques et énergiques quoique temporaires qu'ils occasionnent dans la circulation, peuvent déterminer des métro-hémorrhagies, surtout dans les cas d'hyperaimie très prononcée de l'utérus, ou si le sujet est dans un état marqué de pléthore (1243). Il serait donc alors imprudent d'y avoir recours; mais en doit-il être de même lorsque l'on

reconnaît la coïncidence avec la métro-hémorrhagie d'un embarras gastro-intestinal, qui indique l'administration des émétiques? P. Frank pensait qu'en attribuant dans ces cas l'hémorrhagie utérine au trouble des fonctions digestives, on prend souvent l'effet pour la cause, et l'on se laisse conduire à prescrire des vomitifs dont l'action est toujours à redouter dans les métro-hémorrhagies. Nous n'adoptons pas cette opinion d'une manière aussi absolue. La conversion fréquente du flux menstruel ou lochial en une véritable hémorrhagie morbide, chez les femmes qui ont des embarras gastro-intestinaux (1259), nous semble prouver que le trouble des fonctions digestives dans les affections saburrhales peut réellement occasionner, ou au moins entretenir la métro-hémorrhagie. Nous avons souvent obtenu, par les vomitifs indiqués dans ces circonstances, la cessation rapide de la perte de sang; il est vrai que nous n'y avons recours qu'après avoir combattu et atténué par les moyens directement indiqués l'hyperaimie utérine et l'état pléthorique. Marcard, s'appuyant de l'autorité de Schrœder, a insisté sur l'utilité de cette médication dans ces cas; il l'a justifiée par une observation de guérison ainsi obtenue sur une femme qui fut prise, sous l'influence d'une maladie bilieuse, d'une métro-hémorrhagie survenue après l'âge critique [1]. Finke a aussi confirmé les avantages de cette pratique dans le Teklembourg de 1776 à 1780 [2]. Enfin, Stoll combattait les métro-hémorrhagies, qu'il observa en grand nombre dans l'année 1778, par l'administration de l'ipécacuanha, précédée de la saignée, « employant ainsi, » dit-il, pour réprimer l'hémorrhagie utérine un moyen » qui l'excite ordinairement (1248) [3]. »

Dans les métro-hémorrhagies chroniques, les vomitifs donnés à doses fractionnées pour entretenir des nausées

[1] *Dissert. examin. rigor. malig. febr.* Gœttingæ, 1770.
[2] *De morb. bil. anomal.*, etc. Monast. Westphalorum, 1780. p. 166.
[3] *Rat. med.*, t. III. Eph. ann. 1778, in mense aprili.

continues et de légers vomissements, n'inspiraient pas à P. Frank [1] toutes les craintes que lui occasionnaient les secousses vives de vomissement dans la métro-hémorrhagie aiguë, car il conseille ce moyen thérapeutique, dont Murray [2] avait déjà recommandé l'administration dans ces circonstances, en s'appuyant sur ses propres observations et sur celles de Baglivi, de Barbeyrac, de Dalberg, de Bergius, etc. On parvient en effet très souvent à arrêter la métro-hémorrhagie par ce moyen; mais dans les cas où la maladie est rebelle, on doit insister sur son administration pendant plusieurs jours de suite.

Emploi des purgatifs dans la métro-hémorrhagie.

1300. Les purgatifs, par l'état d'orgasme sécrétoire qu'ils provoquent dans le tube digestif, et par l'action stimulante locale et générale qu'ils exercent, augmentent le plus souvent la métro-hémorrhagie. Tout l'appareil vasculaire abdominal prenant part à leurs effets, l'utérus les ressent avec d'autant plus d'intensité qu'il est déjà dans l'état d'hyperaimie. Un médecin prudent n'a recours à ces médicaments, pendant une métro-hémorrhagie, que dans les cas de constipation opiniâtre, et encore a-t-il soin de faire choix de substances purgatives qui n'exercent qu'une faible stimulation sur le tube digestif. Parmi ces substances, il faut rejeter celles qui agisssent plus spécialement sur le gros intestin, telles que l'aloès, la gomme-gutte, etc.; le voisinage immédiat du rectum et de l'utérus, et leurs rapports vasculaires rendent toute irritation commune à l'un et à l'autre.

De l'utilité de l'opium contre la métro-hémorrhagie.

1301. L'administration des antispasmodiques narcotiques, et spécialement de l'opium, est indiquée contre la métro-hémorrhagie, surtout quand cette maladie a été déterminée par des causes qui troublent en même temps les fonctions du système nerveux; elle convient principalement dans les cas qui se compliquent d'accidents spasmodi-

[1] *Epit. de curandis hom. morb.*, clas. v, ord. III, gen. VIII, § 650.

[2] *Apparat. med.*, vol. I, p. 821. Gœttingæ, 1793. Edent. L. C. Althof.

ques et d'agrypnie prononcée. Ces médicaments n'auraient d'inconvénient que chez des femmes pléthoriques, et si les indications directes des émissions sanguines (1286) avaient été négligées. L'utilité de l'opium, pour les cas que nous spécifions, a été reconnue par un si grand nombre de médecins qu'il serait trop long d'invoquer ici, même succinctement, leur témoignage; il nous faudrait citer presque tous ceux qui ont traité, avec l'autorité d'une pratique éclairée, des hémorrhagies utérines. B. L. Tralles a exposé et analysé presque tout ce qui a été écrit sur ce point de thérapeutique [1]. On peut voir dans son ouvrage que les motifs par lesquels on a repoussé l'utilité de l'opium contre les métro-hémorrhagies reposent presque tous sur des théories qui ne peuvent prévaloir contre les observations cliniques d'hommes aussi habiles que Rodrigues de Castro, Sennert, Ettmuller, F. Hoffmann, Whytt, etc.

L'opium n'agit pas seulement, dans le traitement de la métro-hémorrhagie, en calmant les accidents nerveux qui la compliquent, il agit encore en diminuant la perte de sang elle-même, probablement par son action sur la circulation utérine, car des métro-hémorrhagies indépendantes de toute complication se suspendent par son usage : on le voit par les observations de plusieurs des praticiens qui viennent d'être cités, et en particulier par celles de Rodrigues de Castro, de Sennert, de Rivière, et surtout de Horstius. Ce dernier rapporte qu'il arrêta chez sa femme, par l'administration du laudanum, une métro-hémorrhagie qui l'avait mise aux portes du tombeau [2].

L'action évidente de l'opium sur la circulation utérine se trouve encore dans ses bons effets lorsqu'on l'administre comme moyen de diminuer la trop grande abondance habituelle des hémorrhagies menstruelles. L'utilité de l'opium, prescrit dans le sens de cette indication, ressort

[1] *Usus opii salub. et nox.*, t. II, p. 42 et sqq.
[2] *Epist. med.*, lib. II, sect. XVI, p. 581.

des observations d'Ettmuller, qui rapporte qu'il a diminué, chez un très grand nombre de femmes, l'abondance trop considérable des règles, en les soumettant à l'usage continu de poudres dont l'opium est le principe actif [1]. Wedel ne craint pas de qualifier l'opium de remède presque divin pour modérer le flux menstruel [2]. Considérée sous ce point de vue, cette substance serait plutôt, quant au flux menstruel, un médicament prophylactique dont il faudrait continuer ou au moins reprendre l'usage par intervalles pendant un temps assez long, qu'un moyen propre à modérer naturellement l'hémorrhagie utérine existante; mais cet effet même exige nécessairement une action sur la circulation utérine qui est le siége de l'hémorrhagie.

Moyens thérapeutiques indiqués pour prévenir le retour de la métro-hémorrhagie.

1302. La facilité du retour des métro-hémorrhagies doit faire prolonger la médication rationnelle pendant longtemps, comme traitement de la convalescence et en même temps comme traitement prophylactique. Les moyens déjà indiqués comme constituant la méthode thérapeutique expectante indispensable pour la curation de toutes les hémorrhagies utérines (1284) trouvent encore ici leur application. On a ensuite recours, quand les forces des malades sont relevées, si un état pléthorique ou une hyperaimie utérine sont imminents ou déjà établis, aux émissions sanguines générales et locales pratiquées avec beaucoup de réserve et réitérées aux époques menstruelles (1286). Si au contraire la malade, au lieu de reprendre des forces sous l'influence du repos et d'un régime diététique non excitant mais réparateur, reste dans un état de débilité prononcée et d'oligaimie évidente, il faut se garder de lui pratiquer des émissions sanguines, et de la soumettre à un régime débilitant, qui ne feraient qu'ajouter à l'état de maladie; c'est alors que l'administration des toniques et des ferrugineux, et l'usage des affusions, des immersions ou des bains froids, et surtout des

[1] *Op. omn.* Ad caput, de nimio fluxu mensium.
[2] *Opiol.*, lib. II, sect. II, p. 7.

bains de rivière, secondés par un régime analeptique, sont indiqués.

Traitement prophylactique des métro-hémorrhagies.

1303. La suspension de l'action de toutes les causes qui favorisent ou déterminent les métro-hémorrhagies, et un traitement prophylactique fondé sur les principes qui viennent d'être établis pour la curation de ces maladies, mais atténué dans son activité de manière à pouvoir être continué pendant très long-temps comme régime habituel, sont indiqués pour les femmes qui vivent sous l'influence d'une prédisposition continue à ces maladies.

Chez les femmes très abondamment réglées, chez celles qui ont eu des avortements ou qui sont récemment accouchées, chez les femmes qui sont placées sous l'influence d'une suppression menstruelle qui ne s'explique pas par un état morbide, il est indispensable de recourir, dans une mesure qu'on rend autant qu'on le peut compatible avec les actes habituels de la vie, à tous les moyens qui peuvent prévenir les hyperaimies utérines; il faut surtout imposer l'abstinence de toutes les pratiques qui peuvent les favoriser : la position horizontale sera le plus habituellement gardée; la femme ne marchera que pendant peu de temps et jamais pour parcourir de longues distances; elle évitera tous les mouvements étendus et les efforts musculaires; elle couchera sur un lit de crin et sous des couvertures qui ne la tiendront pas dans une température trop élevée; les aliments seront analeptiques et de digestion facile, pris le plus ordinairement froids, les boissons stimulantes seront interdites, toutes les émotions excitantes seront évitées, le repos des organes sexuels sera recommandé, etc.

Si la femme est d'un tempérament lymphatique et nerveux (1244), si elle a conservé par suite d'hémorrhagies antécédentes un état de faiblesse et d'oligaimie prononcé, il ne suffit plus de s'en tenir à la médication qui vient d'être indiquée; les dérivatifs stimulants employés avec modération sur toute la surface de la peau, tels que les frictions sèches,

excitantes, les vêtements stimulants, comme les vêtements de laine, deviennent les moyens principaux du traitement prophylactique; un régime analeptique tonique et le moins stimulant possible doit être en même temps recommandé, et si ses effets sont insuffisants, l'administration des médicaments toniques et martiaux devient nécessaire. C'est surtout dans ces cas, et principalement quand les femmes sont sujettes à une menstruation trop abondante, que l'usage des bains de rivière, des affusions, ou seulement des immersions froides (1296), joint à l'administration de l'opium aux approches des règles (1301), donne les résultats heureux les mieux établis.

1304. Il importe d'insister pendant plusieurs mois, et même pendant des années, sur la médication prophylactique des métro-hémorrhagies, surtout chez les femmes qui ont été déjà affectées plusieurs fois de cette maladie; le traitement n'est efficace qu'en éloignant peu à peu des habitudes hémorrhagiques vicieuses, et qu'en modifiant profondément l'équilibre des grandes fonctions établi au détriment d'un organe aussi immédiatement prédisposé aux congestions et aux hémorrhagies que l'utérus.

CHAPITRE IV.

Des hémorrhagies utéro-placentaires, ou des hémorrhagies intra-utérines des femmes grosses.

Définition des hémorrhagies *utéro-placentaires.*

1305. *Les hémorrhagies utéro-placentaires* sont les hémorrhagies intra-utérines qui surviennent pendant la grossesse. Nous tirons la dénomination que nous attribuons à ces hémorrhagies de leur origine immédiate. Nées entre le placenta et la paroi utérine correspondante, ou dans le tissu cellulaire interposé entre les cotylédons de cet organe et qui se prolonge jusque dans le cordon ombilical, ou même dans le tissu parenchymateux propre de l'arrière-faix,

ces hémorrhagies proviennent de l'un et de l'autre, ou de l'un ou de l'autre appareil vasculaire utérin et placentaire.

Connexion des conditions inhérentes aux hémorrhagies utéro-placentaires avec celles qui se lient à la gestation.

1306. L'état de développement et d'hyperaimie dans lequel se trouve l'utérus pour l'accomplissement des actes de la gestation constitue une condition physiologique semblable à celle qui se produit comme prodrome immédiat des hémorrhagies fonctionnelles. Le passage du sang des vaisseaux utérins dans l'appareil vasculaire du placenta, non pas à la vérité avec toutes ses parties et ses qualités propres, ni d'une manière directe, mais par un échange de molécules, constitue une sorte d'hémorrhagie continue pendant toute la gestation. Enfin, la manifestation d'une hémorrhagie utérine pour le passage de l'état dans lequel se trouve la circulation utérine pendant la gestation à l'état ordinaire quand la grossesse se termine, montre les rapports nécessaires de cause à effet de l'hyperaimie et de la turgescence utérines avec une extravasation sanguine.

Toutes ces circonstances rapprochent des conditions propres aux hémorrhagies les conditions spéciales qui s'observent dans l'utérus pendant la gestation, c'est-à-dire pendant le seul temps d'opportunité des maladies qui vont nous occuper. Ce rapprochement n'a pas seulement pour but de montrer comment ces maladies se lient aux conditions physiologiques des hémorrhagies fonctionnelles (1095); il est aussi destiné à faire pressentir les différences et les causes immédiates des lésions que ces maladies nous présentent, selon que l'état pathologique se rattache aux anomalies de chacune de ces diverses conditions physiologiques.

Importance de l'étude spéciale des hémorrhagies utéro-placentaires.

1307. Il n'est pas de maladie qui soit plus digne des méditations des médecins que les hémorrhagies utéro-placentaires. L'analyse rationnelle de tous leurs phénomènes et la détermination des indications thérapeutiques sur lesquelles repose leur curation exigent la connaissance de toutes les conditions anatomiques et physiologiques des

organes dans l'état de grossesse et dans l'acte de la parturition. L'importance de ces maladies résulte à la fois de leur gravité toujours très grande, et de leur influence sur deux individus par leur siége au centre de parties qui appartiennent à deux organismes. La difficulté de reconnaître leur présence est toujours très grande, parce qu'elles ne s'accompagnent pas toujours de phénomènes extérieurs d'une valeur diagnostique bien déterminée, et que ces phénomènes eux-mêmes ne donnent pas dans tous les cas, lorsqu'ils surviennent, la mesure exacte des désordres internes. Les suites de ces maladies sont très fâcheuses, puisqu'elles compromettent toujours les rapports physiologiques du produit de la conception avec l'utérus et la circulation de la mère. C'est par elles que s'accomplit l'interruption de la gestation et l'expulsion prématurée de l'œuf: aussi toute la pathologie des avortements se trouve-t-elle liée à celle de ces hémorrhagies.

Fréquence des hémorrhagies utéro-placentaires; motifs qui l'ont fait méconnaître.

1308. Les hémorrhagies utéro-placentaires sont des maladies très fréquentes. S'il n'en est point question dans la plupart des traités de médecine, ou au moins si elles n'y sont point considérées comme des maladies à part, l'on ne peut expliquer cette omission que par l'habitude de presque tous les pathologistes de ne pas comprendre dans leurs cadres nosologiques les maladies qui se rattachent à la chirurgie ou à l'art des accouchements. La plupart des accoucheurs, le plus souvent consultés pour les accidents qui se rattachent à la grossesse, négligent les recherches anatomiques sur les produits de la gestation expulsés de l'utérus, et d'un autre côté la plupart des médecins ne se trouvent pas placés dans des circonstances favorables pour étudier les maladies des femmes grosses, tels sont sans doute les motifs qui ont fait méconnaître la grande fréquence de ces hémorrhagies.

Art. I. Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires.

Distinction des hémorrhagies

1309. Les hémorrhagies utéro-placentaires ont toutes des

symptômes semblables et entraînent toutes des accidents de même nature, quant à la perturbation de la gestation et quant à leur influence sur l'organisme; elles présentent néanmoins de grandes différences par le mode de manifestation et par la succession de leurs phénomènes, suivant certaines conditions inhérentes à leur cause immédiate. Les principales de ces différences sont relatives aux rapports qui peuvent exister entre l'œuf et la matrice. La nécessité de les faire nettement ressortir, parce que c'est surtout sur elles que reposent les plus importantes indications thérapeutiques, nous oblige à distinguer les hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent quand le placenta a avec les parois utérines ses rapports normaux, et celles qui se manifestent dans les cas d'implantation anomale du placenta, et par suite des conditions qui résultent de cette implantation anomale.

utéro-placentaires suivant les rapports de l'utérus avec le placenta.

§ I. *Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent, le placenta ayant avec les parois utérines ses rapports normaux.*

1310. L'implantation du placenta sur la surface intra-utérine est disposée sur les parois antérieure, postérieure ou latérales du corps de la matrice, de manière que ses limites sont supérieures au bord interne de l'orifice du col utérin. Ce rapport du placenta avec la surface intra-utérine constitue l'état normal et fait partie des conditions physiologiques de la gestation, pendant laquelle se manifestent les hémorrhagies utéro-placentaires dont nous allons faire connaître les symptômes.

Expression générale du rapport du placenta avec l'utérus dans l'état normal.

1311. Les hémorrhagies utéro-placentaires se manifestent le plus souvent avant la vingt-quatrième semaine de la gestation; on les observe cependant encore après cette époque; elles se montrent même quelquefois au terme de la grossesse, et même pendant le travail de la parturition; toutefois, elles sont d'autant plus fréquentes

Epoque d'opportunité des hémorrhagies utéro-placentaires pendant la gestation.

et surviennent avec une facilité d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée.

Rapport de l'invasion des hémorrhagies utéro-placentaires avec les époques des règles.

1312. C'est le plus ordinairement à l'époque où les règles seraient survenues, si la grossesse n'avait pas interrompu leur manifestation, que l'hémorrhagie utéro-placentaire se montre, au moins pendant les deux ou trois premiers mois de la gestation. Cette coïncidence d'invasion est surtout marquée lorsque l'écoulement cataménial n'est pas complétement suspendu par la grossesse (1106). Beaucoup de femmes sont prises de l'hémorrhagie utéro-placentaire, qui interrompt la gestation en provoquant l'avortement, dans les deux premiers mois de leur grossesse, lorsqu'elles croient n'éprouver d'autre accident que des règles plus abondantes.

Prodromes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1313. Les hémorrhagies utéro-placentaires sont presque toujours précédées de prodromes qui ne manquent même pas le plus souvent quand la maladie survient sous l'influence d'une cause violente agissant avec une grande énergie. Ces prodromes consistent évidemment dans les symptômes d'une hyperaimie utérine; ils sont les mêmes que ceux des métro-hémorrhagies (1196), auxquels s'ajoutent, chez les femmes enceintes de plus de quatre à cinq mois, des douleurs profondes comme lancinantes ou pongitives dans le globe utérin développé, revenant à des intervalles plus ou moins longs. La femme a souvent aussi en même temps une douleur continue obtuse et gravative dans le bassin et aux lombes, augmentant par la station, par la marche, et dans les efforts de la défécation et de l'excrétion urinaire. Dans beaucoup de cas, il survient de fréquentes envies d'uriner, tantôt suivies de l'excrétion d'une grande quantité d'urines aqueuses, tantôt au contraire avec une excrétion d'urines très peu abondante et une vive douleur au col de la vessie. Plusieurs femmes nous ont présenté en même temps des selles diarrhéiques avec épreintes. Chez un assez grand nombre, nous avons ob-

servé, comme prodromes principaux, des coliques profondes et sourdes, semblables à des coliques stercorales, lesquelles sont suivies quelquefois de selles diarrhéiques avec ténesme rectal. Lorsque l'hémorrhagie utéro-placentaire est imminente pendant une grossesse qui dure depuis plus de quatre mois, les mouvements réels de l'enfant deviennent douloureux et fréquents pendant deux ou trois jours au plus, puis ensuite ils s'affaiblissent et cessent d'être perçus; quelquefois cet affaiblissement, et bientôt après la cessation des mouvements de l'enfant, ou au moins l'absence de la perception de l'impression déterminée par ces mouvements, arrivent dès l'invasion des prodromes et immédiatement après l'action de la cause occasionnelle de la maladie.

Des spasmes utérins considérés comme prodromes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1314. Parmi les symptômes précurseurs de la manifestation de l'hémorrhagie utéro-placentaire, les plus remarquables sont les spasmes de la matrice.

Lorsque l'utérus ayant acquis sa texture musculaire devient le siége de spasmes, la femme en est d'abord seule avertie par des sensations de mouvements qu'elle éprouve dans le globe utérin, et qu'elle rapporte aux mouvements de l'enfant. Ces sensations ne surviennent guère avant le troisième mois de la gestation : elles arrivent souvent à l'occasion d'impressions extérieures physiques ou morales; elles se montrent presque toujours à l'invasion des hémorrhagies utéro-placentaires. Le développement encore peu avancé du fœtus à cette période de la gestation, et surtout la texture encore gélatineuse de ses muscles, la quantité relativement considérable des eaux de l'amnios, ne permettent pas d'admettre la réalité des mouvements perçus par la mère comme provenant du fœtus. Quand la grossesse est plus avancée, la main appliquée sur l'abdomen permet de constater que les sensations de mouvements éprouvées par la femme dépendent de contractions réelles des parois utérines sur lesquelles il se produit des bosse-

lures irrégulières qui glissent et se déplacent sous la main appliquée sur l'abdomen, par un mouvement comme péristaltique dont la femme a toujours la sensation très distincte. Ces contractions perçues par les femmes leur en imposent souvent pour des mouvements comme convulsifs de l'enfant, même à des périodes de la grossesse où ces mouvements ne peuvent être sentis. Lorsque la grossesse est plus avancée, il est facile de ne pas confondre ces phénomènes avec les bosselures qui résultent des mouvements réels de l'enfant, d'autant plus qu'on les observe assez souvent dans des cas où l'enfant est mort dans l'utérus. Cependant il n'est pas douteux que les mouvements du fœtus, par l'impression qu'ils exercent sur la matrice, n'occasionnent souvent la manifestation de ces contractions anomales des plans musculaires de l'utérus, qui sont souvent très douloureuses. Aussi la sensation réelle des mouvements de l'enfant précède-t-elle habituellement les contractions spasmodiques et en constitue en quelque sorte le phénomène initial.

De tous les prodromes des hémorrhagies utéro-placentaires, ceux dans lesquels s'observent ces accidents spasmodiques sont les plus pénibles : les femmes qui les éprouvent ont ordinairement en même temps un malaise considérable, elles sont dans un état d'excitation générale qui les prive de sommeil et même de la possibilité de garder le repos. Elles ont souvent des mouvements fébriles erratiques avec des frissons, et quelquefois de légers mouvements spasmodiques des membres.

Durée des prodromes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1315. La durée des prodromes de l'hémorrhagie utéro-placentaire n'est jamais très prolongée; elle s'étend rarement au delà de quatre à cinq jours, le plus souvent elle n'excède pas vingt-quatre à trente-six heures; il n'est pas rare que l'invasion de la maladie soit évidente deux ou trois heures après celle des prodromes.

Symptômes d'invasion.

1316. L'invasion de l'hémorrhagie utéro-placentaire s'an-

nonce par une douleur gravative continue qui se manifeste d'une manière subite aux lombes, à la région sacrée, à l'hypogastre et dans la profondeur du bassin. La manifestation de cette douleur coïncide avec un sentiment de malaise indéfinissable, de faiblesse générale, de défaillance et de courbature ou de brisement dans les cuisses. Dans la plupart des cas, l'invasion de ces accidents s'accompagne d'un frisson avec tremblement ou au moins d'une horripilation partant surtout de la région postérieure du corps. Le pouls prend immédiatement un certain degré de fréquence, et les horripilations alternent d'instant en instant avec des bouffées de chaleur.

de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

Dans les cas où l'hémorrhagie débute avec intensité, le frisson initial persiste en augmentant de violence; la malade a de l'oppression et des palpitations, la face pâlit, les yeux s'excavent, les pieds et les mains se refroidissent, et la femme tombe dans la syncope ou au moins dans un état de faiblesse voisin de la syncope. Des contractions spasmodiques de l'utérus, que la malade attribue à de violents mouvements de l'enfant, et quelquefois en réalité, quand la grossesse est assez avancée, des mouvements extraordinaires de l'enfant, surviennent en même temps que ces symptômes.

Distinction des hémorrhagies utéro-placentaires en internes ou latentes et externes ou évidentes.

1317. L'hémorrhagie utéro-placentaire une fois développée, après avoir occasionné les symptômes initiaux que nous venons de décrire, produit des accidents différents selon que le sang extravasé reste dans l'utérus ou se fait jour par l'orifice du museau de tanche et ensuite par le vagin. Dans le premier cas, l'hémorrhagie reste interne ou latente; dans le deuxième, elle se montre au dehors comme une métro-hémorrhagie; elle est alors appelée externe ou évidente : c'est la forme de cette maladie dont les auteurs se sont le plus occupés.

Symptômes initiaux de l'hémorrhagie utéro-placentaire ex-

1318. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire verse dès son début ses produits au dehors, une perte vaginale de

terne ou évidente.

sérosité sanguinolente, et bientôt de sang pur, survient immédiatement, ou seulement quelques instants après l'invasion des symptômes initiaux : tantôt le sang coule comme par ondées à de courts intervalles, le plus souvent il coule avec peu d'abondance et sans interruption.

Dans quelques cas, les douleurs lombaires et pelviennes diminuent dès que la perte de sang s'établit, et celle-ci persiste ensuite sans aucun autre accident. Quand les choses se passent de cette manière, l'écoulement du sang est peu considérable, ou s'il a paru avec abondance, il s'est bientôt réduit à un flux continu et faible; mais quand le sang est rejeté comme par ondées, il se manifeste le plus souvent des douleurs tormineuses à l'hypogastre, ou des douleurs lombaires comme térébrantes. Le plus ordinairement la perte de sang continue alors avec des alternatives de diminution qui réduisent son produit à une petite quantité de sérosité rouge et d'augmentation marquée par l'issue subite d'une ondée de sang très chargé de cruor, entraînant souvent des caillots. Ces récrudescences de la perte se renouvellent à des intervalles de quelques heures; elles sont presque toujours marquées par le retour des accidents initiaux de l'hémorrhagie. Dans tous les cas, les forces de la femme diminuent en raison de l'abondance et surtout de la rapidité de la déperdition sanguine.

Des symptômes de l'avortement.

1319. Quand l'hémorrhagie détermine ainsi la perte d'une certaine quantité de sang, soit continue, soit renouvelée plusieurs fois à quelques heures d'intervalle, l'expulsion du produit de la conception ne tarde pas à arriver. Si la grossesse est peu avancée, comme de moins de douze à quatorze semaines, elle se fait avec rapidité et l'œuf est entraîné tout entier avec les caillots sans qu'il survienne de nouveaux symptômes, et quelquefois sans que la femme s'en aperçoive. Quand la gestation est moins éloignée de son terme, un travail d'expulsion marqué par des douleurs tormineuses lombo-pelviennes et hypogastriques s'établit; tantôt ce

travail expulse immédiatement l'œuf sans qu'il y ait avant sa sortie d'interruption de la perte de sang; tantôt, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'expulsion ne s'opère qu'au bout d'un temps plus long, comme deux ou trois jours et quelquefois même huit ou dix. Dans ces cas la perte de sang est quelquefois interrompue par le travail d'expulsion, le plus ordinairement elle présente des alternatives d'intermission et de retour, et chacun de ses retours se caractérise par la reproduction des douleurs lombaires et pelviennes qui deviennent de plus en plus vives.

Les symptômes de l'hémorrhagie, quand la perte de sang ne s'est pas montrée très abondante dès son début, ou ne continue pas en quantité très considérable, se modifient ordinairement dès que les douleurs tormineuses expulsives sont manifestes : le pouls devient plus fréquent et plus large; la femme a des bouffées de chaleur et une céphalalgie continue, elle ne se plaint plus de froid des extrémités, elle éprouve même quelquefois une chaleur générale incommode, sa susceptibilité nerveuse est exaltée, elle a des impatiences dans les membres et une aptitude à tomber dans des accidents spasmodiques pour la moindre cause. Les douleurs gravatives lombaires restent continues, et irradient dans les cuisses comme des douleurs névralgiques.

L'expulsion du produit de la conception arrive avec une perte de sang d'autant plus considérable que la grossesse était plus avancée et qu'il s'est écoulé moins de temps depuis l'invasion des accidents. Cette perte de sang est quelquefois si grande et si rapide qu'elle entraîne immédiatement des syncopes complètes, portées au point, dans les cas où une assez grande quantité de sang s'était déjà antécédemment écoulée, de mettre la femme en danger.

Quand l'œuf a été brisé dans l'expulsion, toutes ses parties ne sont pas toujours rejetées en même temps. Si le placenta, qui a un volume d'autant plus grand que la gros-

sesse était plus avancée, reste dans l'utérus à l'état de décollement incomplet, la métro-hémorrhagie s'établit comme suite de l'hémorrhagie utéro-placentaire et de l'avortement, et devient tout d'un coup considérable. Quelquefois elle est alors si abondante qu'elle peut rapidement compromettre la vie de la malade.

Signes de la mort du fœtus.

1320. Si l'hémorrhagie utéro-placentaire évidente détermine l'interruption de la grossesse, la suspension des symptômes de la gestation et les signes de la mort du fœtus surviennent au milieu des accidents de l'hémorrhagie. Il est impossible de les constater si les phénomènes hémorrhagiques ont une certaine intensité; mais dans le plus grand nombre des cas la perte de sang diminue dès que l'œuf est détaché de l'utérus, et l'atténuation de ses symptômes permet de reconnaître que la grossesse est interrompue, et que l'expulsion d'un fœtus mort arrivera à une époque plus ou moins prochaine (1332).

Les signes qui annoncent ce fâcheux résultat de l'hémorrhagie sont d'abord l'affaissement des mamelles et des veines distendues qui se montraient à leur surface, et la disparition des symptômes spéciaux qui annonçaient l'état de gestation, tels que les vomissements, les douleurs d'estomac, la salivation, ou d'autres phénomènes de grossesse, variables suivant les individus. Si la gestation avait dépassé le quatrième mois, les mouvements de l'enfant ne se font plus sentir à la mère, et ne sont plus perçus par le médecin; les battements du cœur de l'enfant, que l'auscultation abdominale faisait reconnaître, ne se retrouvent plus. L'utérus distendu diminue de volume et semble s'affaisser, et l'enfant est d'abord flottant dans sa cavité comme un corps inerte qui retombe toujours vers le fond de l'organe et vient frapper la main du médecin qui soulève médiatement le globe utérin au travers des parois abdominales; il devient ensuite de moins en moins mobile à mesure que la matrice revient sur elle-même; l'œdème des extrémités, s'il existait, dis-

paraît; les veines des membres inférieurs et de la vulve, souvent distendues et quelquefois variqueuses, s'affaissent. Des urines aqueuses coulent presque toujours en grande quantité, et très souvent il survient une légère diarrhée, une extrême anorexie et un sentiment général d'accablement et de faiblesse.

De la manifestation de la fièvre de lait après l'interruption de la grossesse.

1321. Dans les cas où la perte de sang a été modérée et n'a pas suffi pour jeter la femme dans un état d'oligaimie considérable, si la grossesse était de plus de cinq mois, il se manifeste le plus souvent une véritable fièvre de lait du deuxième au quatrième jour après la mort du fœtus dans la matrice; alors les mamelles se gonflent et sécrètent du lait, à la vérité en petite quantité, pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, après lesquelles elles se flétrissent.

Rapport de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente avec celle dans laquelle le sang sort par la vulve.

1322. La forme de l'hémorrhagie utéro-placentaire avec issue du sang par le vagin dès le début et à tous les temps de la maladie, est celle qui s'observe le plus fréquemment; c'est par elle que sont déterminés et que s'accomplissent le plus grand nombre des avortements et des accouchements prématurés; toutefois, la perte de sang, qui n'est que le résultat de l'extravasation intra-utérine, peut manquer tout à fait si le sang reste retenu dans l'utérus, ou peut ne se manifester qu'à un certain degré de l'épanchement sanguin. Ce degré se trouve atteint lorsque, par l'agrandissement successif du foyer qu'il se creuse en désorganisant le placenta et les adhérences de l'œuf, le sang arrive à l'orifice interne de l'utérus. Dans tous les cas l'hémorrhagie utéro-placentaire latente détermine des accidents tout aussi graves, mais beaucoup plus difficiles à bien apprécier que ceux qui arrivent dans la forme de cette maladie qui se manifeste dès son début par l'issue du sang par le vagin.

Observation clinique sur une hémorrhagie utéro-placentaire latente.

1323. L'exposition de toutes les circonstances d'un fait clinique précédera utilement la description générale des symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires latentes.

Une femme de 24 ans, d'une faible constitution, décolorée, avait des règles peu abondantes et un flux leucorrhéique habituel considérable. Elle eut, pendant les trois premiers mois d'une première grossesse survenue au bout de deux ans de mariage, des vomissements très opiniâtres que nous ne pûmes diminuer qu'en pratiquant plusieurs petites saignées, principalement indiquées par des douleurs lombaires et une douleur hypogastrique fixe évidemment utérine, que la pression exaspérait. Comme ces douleurs tendaient à se reproduire aussitôt que cette femme restait debout, nous lui faisions garder presque continuellement la position horizontale. Elle était arrivée au cinquième mois de sa grossesse, les douleurs ne se faisaient plus sentir; elle sentait remuer son enfant, et tout annonçait que la gestation consolidée parcourrait heureusement ses périodes, lorsque voulant s'asseoir sur une chaise qu'on avait déplacée derrière elle, cette dame se heurta violemment le périnée sur l'un des angles du siége; elle perdit en même temps l'équilibre et serait tombée sans un effort brusque pour maintenir la station auquel concoururent simultanément tous les muscles du corps. Une douleur vive se manifesta aussitôt dans la région lombaire, et s'accompagna de l'impression de mouvements violents du fœtus; elle fut suivie presque sans intervalle d'une douleur épigastrique, avec envies de vomir et malaise extrême qui alla en augmentant au point de déterminer une syncope, quoique l'on eût immédiatement placé cette dame sur un lit : la syncope cessa après quelques minutes, mais laissa un état de défaillance qui dura plus d'une demi-heure. Appelé immédiatement, nous ne pûmes arriver que trois heures après l'accident; nous trouvâmes la malade avec une pâleur extrême; elle se plaignait de froid aux pieds et aux mains; elle ressentait une douleur gravative dans toute la région dorsale et lombaire, et un état général d'extrême lassitude. Le pouls était sans fréquence;

la diastole artérielle était courte et facile à effacer; la respiration était anxieuse; il y avait quelques nausées; il n'était point survenu de vomissements. Le ventre ne nous présenta aucun changement appréciable; les mouvements de l'enfant avaient cessé de se faire sentir à la malade, et nous ne pûmes les provoquer. Il n'y avait pas trace d'écoulement par les organes génitaux. Nous fîmes immédiatement appliquer des sinapismes aux bras, et nous conseillâmes une potion opiacée. Six heures après, la chaleur était rétablie dans les membres; le pouls était peu développé, mais légèrement fréquent, il battait 88 fois par minute; la malade éprouvait encore une lassitude générale qui se faisait surtout sentir dans le dos, aux lombes et sur les côtés du ventre. Il n'y eut point de sommeil dans la nuit suivante, quoique deux grains d'opium eussent été administrés. Le lendemain matin les mamelles étaient affaissées et les veines apparentes à leur surface avaient disparu. Le fœtus ne remuait plus, et on le faisait osciller dans l'utérus comme un corps inerte en pressant la région hypogastrique sur deux points opposés, comme pour chercher la fluctuation; des urines aqueuses abondantes avaient été excrétées pendant la nuit. La malade avait de la sécheresse à la bouche et de la soif; elle se plaignait de malaise général, de courbature et de pesanteur de tête; le pouls, toujours dépressible, n'était plus fréquent. Le surlendemain, il se déclara un mouvement fébrile peu intense qui commença par le frisson, et s'accompagna d'une légère tuméfaction des mamelles qui ne dura qu'un jour, après lequel ces glandes retombèrent dans l'affaissement. Nous cherchâmes inutilement par l'auscultation le bruit des battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire. Cinq jours après l'accident, le ventre avait diminué de volume; le fond de l'utérus, légèrement incliné à gauche, était à l'ombilic et présentait comme une bosselure molle qui nous parut être due à la saillie d'une partie du corps du fœtus, dont la mo-

bilité dans la matrice, sous l'influence de l'impulsion exploratrice pratiquée sur les parois abdominales, était maintenant presque nulle. Les traits du visage de la malade étaient comme affaissés; les yeux étaient cernés par un cercle livide; la bouche était pâteuse, sèche; la soif et l'anorexie persistaient; la veille il y avait eu des envies de vomir. Le col de l'utérus, qu'il nous fut alors permis pour la première fois d'explorer, était fermé; il avait son volume normal à cette époque de la grossesse; le globe utérin, à la base du col, était douloureux à la pression. Il n'arriva aucun phénomène nouveau jusqu'au onzième jour; mais la malade continua à se sentir faible, à avoir de l'anorexie et à se plaindre d'une céphalalgie obtuse qui revenait vers le soir, époque de la journée où le pouls s'élevait à 80 pulsations. Le onzième jour, il y eut de légères douleurs de reins, et quelques coliques sous-ombilicales avec un écoulement de sérosité par le vagin; la malade était depuis la veille dans un état d'irritabilité tel, que le moindre bruit et l'éclat de la lumière lui occasionnaient des mouvements comme spasmodiques; elle se plaignait de céphalalgie, et ne pouvait voir marcher dans sa chambre sans éprouver des vertiges; elle avait passé les deux dernières nuits sans dormir; nous la mîmes à l'usage d'une potion opiacée et éthérée. Les douleurs lombaires se suspendirent jusqu'au treizième jour qu'elles reparurent légèrement; l'écoulement vaginal augmenta alors et sembla plus sanguinolent; le museau de tanche commença à se relâcher. Le quatorzième jour, les douleurs de la parturition survinrent, et presque en même temps les eaux s'écoulèrent; le travail marcha avec lenteur; l'accouchement n'arriva que le lendemain matin. Le délivre fut immédiatement expulsé; il n'y eut qu'une faible perte de sang. Les couches ne présentèrent aucun accident; il n'y eut pas de fièvre de lait. La malade ne se rétablit qu'après un état valétudinaire prolongé.

Le fœtus était mort et avait le volume ordinaire d'un fœtus de cinq mois; son corps était violâtre sur toute la région abdominale; l'épiderme se détachait par le plus léger frottement. Le cordon était flétri et se rompait avec facilité; la surface fœtale du placenta était gonflée par une tumeur noirâtre, formée par un caillot de sang qui occupait toute l'épaisseur de l'organe, et soulevait le chorion qui n'était point altéré. Ce caillot solide n'avait pas moins de trois pouces de diamètre sur plus d'un pouce d'épaisseur; il était infiltré au milieu des vaisseaux placentaires dans le parenchyme propre du placenta, dont il n'occupait le centre que par son bord. D'un côté, il se prolongeait dans le cordon jusqu'à deux pouces de son origine; de l'autre, il s'étendait jusqu'à la surface utérine du délivre, sur laquelle il se continuait avec une couche de sang coagulé et stratifié qui en couvrait presque la moitié. Le parenchyme placentaire, incorporé à ce caillot sanguin, était lacéré et raréfié, et ne pouvait s'en séparer. Les vaisseaux ombilicaux, à la racine du cordon et au milieu du caillot de sang, n'étaient point rompus. La veine ombilicale, sur toute la longueur du cordon, contenait peu de sang, à demi-liquide, noirâtre et mêlé de petits caillots adhérents à ses parois; sa surface interne était teinte en rouge violâtre. Dans le fœtus, la veine ombilicale était remplie de sang liquide. On ne put s'assurer de son état dans le foie, qui était très mou et presque diffluent. Les artères ombilicales et les iliaques contenaient une petite quantité de sang coagulé, ainsi que l'aorte, les cavités du cœur, l'artère pulmonaire et le canal artériel; un demi-verre environ de sérosité très rouge était épanché dans le péritoine.

Pour bien apprécier toutes les circonstances de cette observation, il faut considérer d'abord les conditions particulières à la femme sur qui elle a été recueillie. Cette dame était d'une faible constitution, décolorée, leucorrhéique, mal menstruée. Les premiers temps de sa grossesse

avaient été pénibles, et l'irritabilité de l'utérus avait été mise en jeu dans le commencement de la gestation, au point d'amener cet organe à un état comme sub-inflammatoire qu'il avait fallu combattre par une médication assez active, dont nous avions cependant eu le soin de modérer les effets de manière à conserver les forces. Les premiers accidents étaient à peine terminés, quand cette dame se trouva soumise à un ébranlement physique brusque et violent. Cet ébranlement a nécessairement agi sur l'utérus, car il a eu pour effet de provoquer une action musculaire énergique qui se réfléchit nécessairement sur cet organe, tant par l'influence mécanique des contractions musculaires que par le trouble instantané de la circulation qu'elles occasionnent. Les effets d'une pareille cause auraient pu troubler la gestation, même chez une femme placée dans les meilleures conditions pour l'accomplissement de cette fonction. Une douleur vive se manifesta immédiatement dans la région lombo-sacrée, et l'on vit survenir les symptômes initiaux que produisent habituellement les hémorrhagies utérines, même dans l'état de vacuité de l'utérus (1214) : dès ce moment, les phénomènes de la gestation d'un fœtus vivant s'évanouirent, et il n'y eut plus de doute que l'effet de l'accident éprouvé par cette dame n'eût été l'interruption de la grossesse et la mort du fœtus (1320). Les symptômes qui persistèrent exprimaient la débilité d'un sujet qui a subi une hémorrhagie, et l'état de souffrance de l'utérus, dans lequel se trouvaient à la fois les produits de l'hémorrhagie, et l'œuf actuellement mort et n'étant plus qu'un corps étranger dont l'expulsion devait arriver prochainement.

Le travail de l'accouchement anticipé étant terminé, l'examen du placenta confirma toutes les inductions qu'on avait pu facilement tirer des accidents éprouvés par la femme. Une hémorrhagie utéro-placentaire s'était accomplie, le sang extravasé s'était infiltré dans le tissu de l'arrière-faix

jusque dans l'origine du cordon ombilical, et s'était interposé entre l'utérus et le placenta qu'il avait décollé dans une grande étendue. Le résultat nécessaire de ces désordres avait été l'interruption des rapports du fœtus avec la mère par le décollement et la désorganisation étendue de l'organe dont les fonctions sont indispensables à la vie fœtale, et par lequel le produit de la conception puise et s'approprie les éléments de sa nutrition. L'origine de cette hémorrhagie se trouvait nécessairement dans l'appareil vasculaire utérin ou fœtal, probablement dans l'un et dans l'autre. Le produit de cette hémorrhagie n'a pas dépassé les limites du lieu où elle s'est accomplie, aucune trace ne s'en est montrée au dehors. Sa manifestation n'a point été suivie de ces contractions utérines expulsives immédiates qui surviennent en effet assez souvent, mais qui sont loin d'arriver constamment dans ces cas.

Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires latentes.

1324. En rapprochant cette observation de quelques autres que nous avons recueillies et des faits semblables consignés en assez grand nombre dans les livres des praticiens[1], nous sommes conduit à assigner aux hémorrhagies utéro-placentaires latentes les symptômes suivants :

Les phénomènes morbides initiaux se montrent de la même manière et sous les mêmes formes que dans les hémorrhagies utéro-placentaires qui vont être suivies de l'expulsion du sang au dehors (1316); cependant la malade éprouve des douleurs lombaires et hypogastriques ordinairement plus prononcées, lesquelles ont quelquefois le caractère des premières douleurs lombaires de la parturition. La femme grosse ressent en même temps un malaise général très pénible, un sentiment de faiblesse extrême, avec exhalation

[1] Mauriceau, *Obs. sur la grossesse et l'accouch.*, obs. 654. — Peu, *Prat. des Accouch.* Paris, 1694, p. 70. — Baudelocque, *Mém. sur les hémorrh. utérines cachées pendant le travail de l'enfantement;* Journ. gén. de méd., t. III, p. 3.—Deneux, *Mém. sur les hémorrh. int. de l'utérus pend. la grossesse;* Journ. gén. de méd., t. LXVIII, p. 354.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE

d'une sueur froide aux tempes, une sensation de froid aux extrémités, des frissons, la propension aux lipothymies qui augmente le plus souvent jusqu'à jeter la malade dans un état continu de demi-syncope, pendant lequel surviennent presque toujours des nausées, souvent des vomissements et des syncopes plus ou moins fréquentes et plus ou moins complètes.

Ces symptômes se succèdent avec plus ou moins de rapidité, suivant l'intensité et la rapidité de développement de l'état morbide intra-utérin; ils n'ont pas en général une longue durée; il est rare qu'ils persistent au delà de quatre ou cinq heures, et encore pendant ce temps ne suivent-ils pas une marche continue; ils ont des intervalles d'exacerbation et de suspension dans lesquels on ne voit persister que l'état de débilité de la femme et le sentiment de malaise qu'elle éprouve. Cependant la douleur lombo-hypogastrique continue en s'exaspérant par instant; le pouls s'affaiblit, la face se décolore, les traits s'affaissent, les yeux se cernent.

Marche et durée des accidents de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente.

1325. Les accidents morbides n'ont pas cependant toujours une marche aussi rapide, ni une intensité aussi prononcée, parce que l'hémorrhagie utéro-placentaire n'est pas toujours assez considérable pour altérer profondément et dans une grande étendue le placenta et son adhérence utérine : tantôt la maladie se borne aux symptômes qui viennent d'être indiqués, et qui sont alors peu intenses; tantôt ces symptômes se reproduisent par intervalles éloignés à cinq à six heures de distance, ou même après une suspension de plusieurs jours. Dans ces cas, qui sont ceux où l'hémorrhagie se renouvelle et s'accomplit en plusieurs fois dans le même foyer ou dans des foyers distincts, la maladie prend une marche comme paroxystique. Chaque retour des accidents s'annonce par un léger frisson, de la fréquence dans le pouls, de nouvelles lipothymies, et une douleur lombo-hypogastrique qui devient de plus en plus intense et se rapproche davantage à chacun de ses retours de la

forme des douleurs de reins qui marquent l'invasion du travail de la parturition. Dans les intervalles des paroxysmes, la femme reste faible, disposée aux vertiges et dans un état d'abattement qui n'est modifié temporairement que par quelques mouvements spasmodiques qui surviennent par les causes excitantes les plus légères. Le pouls est faible, habituellement fréquent, souvent irrégulier; l'appétit est nul, la bouche pâteuse; il y a de la soif et souvent des nausées, et parfois des vomissements.

Phénomènes qui se montrent vers l'utérus par suite de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente.

1326. Pendant que ces symptômes se développent et se succèdent, les phénomènes normaux de la gestation s'évanouissent, et l'on reconnaît les signes qui indiquent la mort du fœtus (1320). Si l'hémorrhagie latente a déterminé dans l'utérus l'extravasation d'une certaine quantité de sang, ce liquide extravasé modifie la forme et le volume du globe utérin, de manière que cette poche musculaire venant à s'affaisser après la mort du fœtus, ou se trouvant localement distendue par le sang extravasé, se moule sur l'épanchement qu'elle contient, semble augmenter de volume dans une partie de son étendue, et présente ainsi une tuméfaction accessoire. Cette disposition utérine, appréciable à l'exploration au travers des parois abdominales, a été signalée par J. Hopff[1] et constatée par Levret, par Leroux de Dijon et par Baudelocque.

Epiphénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires latentes.

1327. Des épiphénomènes variables se montrent dans la plupart des cas chez les femmes qui éprouvent les hémorrhagies utéro-placentaires latentes, en même temps que les symptômes de ces hémorrhagies. Les plus fréquents de ces épiphénomènes sont des douleurs céphalalgiques intenses, des vertiges presque continuels, des spasmes hystériformes, une anxiété précordiale et des cardialgies violentes, des palpitations, une dyspnée continue, et le plus souvent un état de découragement porté au plus haut degré.

Rapport des accidents des hémorrhagies uté-

1328. L'intensité des accidents est toujours moindre

[1] *Dissert. de hæmorrh. uterinis*, etc.

ro-placentaires avec les périodes de la gestation.

quand l'hémorrhagie utéro-placentaire latente survient dans les deux ou trois premiers mois de la gestation; souvent alors ils n'excèdent guère la gravité de ceux d'une hémorrhagie utéro-placentaire évidente peu considérable (1318); mais si la grossesse est plus avancée, et surtout lorsqu'elle a dépassé le quatrième ou le cinquième mois, les accidents sont toujours graves. Souvent leur intensité va en s'accroissant jusqu'à l'accouchement anticipé. Dans les cas les plus heureux, ils se suspendent au moment où les phénomènes qui dépendent de la mort du fœtus (1320) se manifestent. La femme reste dans un état pendant lequel on ne remarque plus que du malaise et de la faiblesse, jusqu'à ce que le travail de la parturition s'établisse, ce qui n'arrive quelquefois qu'au bout de deux ou trois semaines et même encore plus tard.

De l'existence des hémorrhagies utéro-placentaires demi-latentes.

1329. L'hémorrhagie utéro-placentaire n'est pas toujours entièrement latente, il arrive souvent qu'une partie du sang extravasé se fraie une issue hors de l'utérus, pendant qu'une autre partie s'accumule dans sa cavité, et s'infiltre ou se creuse un foyer entre la surface de l'utérus et le placenta, ou dans le parenchyme du placenta; tel était le cas d'une femme enceinte de cinq mois, qui entra dans notre service à l'hôpital, en 1835. Elle avait été prise subitement la veille d'une perte de sang considérable, après avoir porté un fardeau pendant un assez long espace de chemin; elle avait une douleur lombaire intense, et elle ne sentait plus remuer son enfant. Nous la trouvâmes dans une faiblesse extrême, elle avait eu pendant la nuit plusieurs syncopes; elle ne perdait plus de sang. L'utérus avait son développement normal; son orifice était légèrement entr'ouvert. Le cinquième jour, les douleurs de la parturition se manifestèrent, et l'accouchement se fit avec facilité. Le placenta était sur plus de la moitié de sa surface utérine revêtu d'une couche de sang coagulé qui se continuait avec un caillot du volume d'un petit œuf qui occupait toute son

épaisseur. On peut lire un fait semblable dans Mauriceau [1].

Les symptômes de l'hémorrhagie utéro-placentaire évidente (1318) se réunissent dans ces cas à ceux de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente. L'expulsion du produit de la congestion arrive d'ordinaire presque immédiatement après l'invasion des accidents de l'hémorrhagie qui continuent pendant le travail de l'accouchement; il en résulte une perte de sang toujours considérable qui détermine tous les accidents des hémorrhagies utérines abondantes (1214).

Influence des hémorrhagies latentes et évidentes sur la grossesse.

1330. L'expulsion du produit de la conception n'est cependant pas toujours l'effet nécessaire de ces hémorrhagies; dans quelques cas heureux, les femmes ont pu arriver à terme après des hémorrhagies dont le produit s'était accumulé entre le placenta et la matrice, ou dans le placenta lui-même, ou s'était au moins en partie frayé une issue hors de l'utérus. Mais l'hémorrhagie est toujours alors peu considérable et n'entraîne pas le décollement ou la désorganisation d'une grande étendue du placenta par infiltration du sang dans son tissu.

Une servante fut prise, à quatre mois de grossesse, d'une hémorrhagie qui lui fit perdre en quelques heures une quantité de sang qu'elle évaluait à un verre. Elle vint à l'hôpital, où l'hémorrhagie continua, mais faiblement, pendant deux jours. Comme cette femme était pléthorique, nous lui fîmes pratiquer une large saignée; l'hémorrhagie cessa, ne laissant subsister que de la douleur lombaire qui elle-même disparut au bout de quelques jours. Il ne survint pas d'autre accident jusqu'au terme de la grossesse, qui se termina par l'expulsion d'un enfant vivant d'un volume moyen. Le placenta contenait dans l'épaisseur de son bord un caillot grisâtre, formé de couches de sang superposées, d'autant plus décolorées et solides qu'elles s'éloignaient davantage de la surface utérine. Le placenta, jusqu'à huit

[1] Obs. 654.

lignes environ autour de ce caillot, était constitué par un tissu jaune-grisâtre homogène, offrant l'aspect et la solidité d'un fibro-cartilage ramolli par la coction dans l'eau et tout à fait privé de vaisseaux apparents.

Accidents qui se montrent pendant la grossesse lorsqu'elle continue nonobstant la présence d'hemorrhagies utéro-placentaires.

1331. Si la grossesse peut parcourir heureusement toutes ses périodes dans un cas où l'hémorrhagie utéro-placentaire est si considérable, la même chose peut arriver à plus forte raison quand l'hémorrhagie est peu abondante, et ne détermine que le dépôt dans le tissu placentaire d'une très petite quantité de sang. On reconnaît qu'en effet la grossesse persiste ainsi souvent, malgré ces petites hémorrhagies, à la présence assez fréquente de caillots de sang d'une origine plus ou moins ancienne dans l'épaisseur de placentas qui proviennent d'accouchements heureux. Il est vrai que bien souvent l'état de faiblesse extrême de l'enfant, en rapport avec l'atrophie d'une partie de l'arrière-faix, montre que si l'hémorrhagie n'a pas interverti la grossesse, elle a au moins exercé une fâcheuse influence sur la nutrition du fœtus. Si nous pouvions tirer des conséquences générales de trois cas de cette espèce, dont nous avons observé toutes les circonstances, nous dirions que ces grossesses ne parcourent leurs périodes que difficilement, et au milieu de symptômes qui en font toujours craindre la terminaison prématurée; tels que des douleurs lombaires, des coliques utérines, un écoulement utérin séreux ou sanguinolent revenant à des intervalles rapprochés, des digestions pénibles, de fréquentes nausées, une anorexie habituelle, un aspect comme cachectique de la femme, de fréquents mouvements fébriles, etc.

De la persistance du séjour de l'enfant dans la matrice après l'interruption de la gestation.

1332. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire intervertit la grossesse (1319, 1320), elle n'est pas toujours suivie de l'expulsion du produit de la conception; celui-ci peut rester dans l'utérus, en quelque sorte comme un corps étranger, pendant un temps qui n'est quelquefois pas moindre que plusieurs mois; dans ce cas, les accidents directement

produits par l'hémorrhagie cessent, mais la femme conserve jusqu'au moment de la parturition un état valétudinaire au milieu duquel des symptômes qui annoncent l'imminence de l'avortement se reproduisent de temps à autre.

« Une femme reçut, à trois mois de grossesse, un coup sur le ventre; elle fut prise d'une légère perte de sang qui s'arrêta facilement. A quatre mois et demi, des douleurs de reins, avec un sentiment de pesanteur incommode, survinrent; on pratiqua une saignée, et la malade fut tenue dans un repos absolu. A la fin du cinquième mois, les douleurs de l'enfantement se manifestèrent. Une masse ovoïde, noire, du volume du poing, fut expulsée; elle contenait dans son centre un œuf dans lequel étaient les eaux et un très petit embryon altéré. On pouvait distinguer dans cette masse sept couches de sang de consistance et de couleur différentes[1]. »

De l'augmentation progressive de l'épanchement de sang intra-utérin; des symptômes qui se rapportent à cette forme de la maladie.

1333. L'hémorrhagie utéro-placentaire latente, après avoir déterminé la mort du produit de la conception, n'est pas toujours immédiatement suivie d'une rémission des accidents et de la suspension de l'extravasation intra-utérine. Le sang peut continuer à s'épancher dans l'utérus d'une manière lente et en quelque sorte chronique. Le globe utérin se développe alors progressivement et avec lenteur, quoique les signes rationnels de la grossesse aient cessé; il n'est pas douloureux à la pression, mais il détermine par sa présence le sentiment continu d'un poids incommode dans le bassin; son col se raccourcit et se ramollit. Cependant la santé de la femme se détériore de jour en jour davantage; la face se décolore et prend une teinte jaune terreuse; les extrémités s'infiltrent; l'amaigrissement se prononce de plus en plus; les digestions sont lentes et pénibles; l'anorexie est extrême et la soif vive; les selles sont habituellement liquides et précédées de douleurs tormineuses; les urines sont aqueuses et peu abondantes. Une

[1] Morlanne, *Journal d'Accouchements*, p. 400. n. 12.

fièvre hectique continue s'établit et redouble par des frissons quotidiens. Le pouls s'affaiblit et devient habituellement fréquent; il survient souvent des lipothymies. La malade a pendant la nuit, aussitôt qu'elle se livre au sommeil, des sueurs visqueuses aux tempes et sur la poitrine, qui occasionnent un sentiment de froid. La marche de ces accidents est toujours très lente. Ils persistent le plus souvent en exerçant une influence chaque jour plus profonde sur l'organisme jusqu'au terme normal de la grossesse. Dans un fait qui sera cité plus loin (1372), ils ont duré plus de cinq mois.

Phénomènes de l'accouchement après l'accumulation chronique du sang dans l'utérus.

1334. Le travail de la parturition vient terminer, à une époque ordinairement voisine du terme normal de la gestation, cette affection utérine qui présente tous les phénomènes d'une maladie chronique très grave. La quantité des eaux de l'amnios est habituellement peu considérable. Le fœtus mort est expulsé dans un état d'altération avancée; son volume est en rapport avec l'époque à laquelle les premiers accidents hémorrhagiques ont paru. Le placenta, infiltré par le sang extravasé et comme incorporé avec lui, forme une masse spongieuse toujours plus volumineuse que celle du délivre d'un enfant à terme; il est expulsé de la matrice avec une grande quantité de sang noir et liquide ou grumeleux, accumulée autour de lui. L'utérus revient ensuite sur lui-même et présente le volume qu'il a après un accouchement à terme. Tous les symptômes d'hectisie qui existaient se suspendent, et la femme se rétablit avec une lenteur proportionnée à la quantité de sang qu'elle a perdue, et à la durée et à la gravité des accidents qu'elle a traversés depuis le moment où l'hémorrhagie utérine latente a détruit le produit de la conception jusqu'à la parturition.

Cause de la différence de rapport entre les effets immédiats de la perte de sang et la quantité de sang per-

1335. L'extravasation progressive du sang dans l'utérus ne soustrayant dans ces cas ce fluide que d'une manière lente, et à mesure qu'il se répare au moins en partie, on n'est pas surpris, malgré la grande quantité de sang qui se

trouve accumulée dans la matrice et qui est expulsée au moment de l'accouchement, que la malade ne soit pas jetée dans un état d'oligaimie plus prononcé.

due quand l'hémorrhagie s'accomplit lentement dans l'utérus.

1336. Lorsqu'il s'est écoulé un certain temps entre le moment où l'hémorrhagie utéro-placentaire a détruit le produit de la conception, et celui où l'accouchement s'accomplit, la perte de sang ne se renouvelle ordinairement pas, lors de la parturition, au point de devenir alarmante. Peu importe que l'accouchement soit anticipé ou qu'il arrive au terme normal de la grossesse, et que l'hémorrhagie ait été évidente ou qu'elle soit restée interne et latente. Le plus souvent même il s'extravase moins de sang dans ces accouchements que dans ceux qui surviennent le plus naturellement après les grossesses les plus heureuses. Cette circonstance, qui écarte pour ces accouchements anticipés le danger des grandes hémorrhagies, dépend très probablement du travail organique qui s'accomplit dans l'utérus pendant l'intervalle qui sépare l'instant où le fœtus a péri par l'hémorrhagie interne de celui où la parturition s'établit. Pendant ce temps les vaisseaux utérins reviennent sur eux-mêmes parce que l'activité circulatoire n'est plus entretenue par la présence du fœtus vivant, une certaine quantité des eaux de l'amnios se résorbe, l'utérus se rétracte aussi, comme le prouve la diminution progressive de son volume.

De l'opportunité des accidents hémorrhagiques dans le travail de l'accouchement après les hémorrhagies utéro-placentaires.

Si l'accouchement anticipé succède d'une manière immédiate à la manifestation de l'hémorrhagie, il arrive fréquemment qu'il se complique d'une perte de sang considérable qui peut entraîner la mort de la femme, ou au moins la jeter dans un état d'oligaimie des plus graves, et pour la réparation duquel il faudra beaucoup de temps. Cet accident est d'autant plus à craindre que dans ces cas le travail de l'accouchement, qui doit juger l'hémorrhagie, avec quelque rapidité qu'il s'accomplisse, est toujours très prolongé, à cause de la grande quantité de sang qui ne cesse

de s'écouler et qui entretient la femme dans un état de faiblesse extrême. Il est donc plus avantageux, eu égard aux dangers de l'hémorrhagie, qu'un certain temps sépare l'instant où la mort du fœtus a été déterminée par l'hémorrhagie utéro-placentaire, du moment de la parturition; cette remarque n'est cependant applicable qu'aux grossesses déjà avancées.

De la terminaison funeste des hémorrhagies utéro-placentaires latentes.

1337. L'hémorrhagie utéro-placentaire peut être assez abondante pour déterminer la mort de la femme, même sans qu'il s'écoule de sang hors de l'utérus. Il n'est même pas nécessaire pour cela que la quantité de sang qui se dépose entre la surface utérine et le placenta soit assez considérable pour excéder les limites du placenta qu'elle soulève et qui reste adhérent par ses bords. Albinus a constaté sur le cadavre la présence de cette disposition morbide après une hémorrhagie interne devenue mortelle pendant la grossesse, le sang extravasé était accumulé et retenu entre l'utérus et le placenta soulevé, mais adhérent encore par toute sa circonférence[1].

La terminaison funeste est redoutable à bien plus forte raison encore quand le sang déborde par l'orifice utérin après avoir, par l'extension progressive du foyer qu'il se creuse, séparé l'œuf de l'utérus dans une certaine étendue. Peu a conservé une observation remarquable sur cette forme de la maladie. La femme d'un archer, âgée de 30 ans, eut un violent accès de colère au terme de sa grossesse; quelques jours après, elle fut prise d'une perte de sang si abondante qu'elle mourut avant qu'on pût la secourir. A l'ouverture du cadavre, on constata dans l'utérus la présence de deux enfants recouverts de toutes parts par du sang noir et coagulé, dont l'utérus était rempli[2]. L'hémorrhagie, après avoir décollé les membranes et versé ses produits au dehors par l'orifice

[1] *Annot. acad.*, lib. I, cap. X, p. 36.
[2] *Prat. des Accouch.*, p. 70.

utérin, a déterminé la perte d'une quantité de sang suffisante pour causer la mort de la femme et des deux fœtus contenus dans l'utérus avant que le travail de la parturition ait pu s'établir. La même terminaison peut arriver, l'hémorrhagie restant tout à fait latente; l'observation d'Albinus que nous venons de rappeler et la suivante en fournissent la preuve.

On apporta dans nos salles, à l'hôpital, une femme qui provenait d'une clinique particulière d'accouchement, où elle était restée deux jours. Cette femme était grosse de six à sept mois, et n'avait eu aucun accident pendant sa grossesse; elle fut prise de vives douleurs lombo-hypogastriques, que l'on considéra comme annonçant l'imminence de la parturition. Ces douleurs furent peu prolongées, et se renouvelèrent avec intensité deux ou trois fois pendant vingt-quatre heures, à des intervalles assez éloignés. Le travail ne s'établissant pas, on imagina d'administrer du seigle ergoté; deux cents grains de ce médicament furent donnés par prises de vingt grains. Le deuxième jour les douleurs ne se rétablirent pas, mais la femme tomba dans un état de faiblesse extrême qui détermina plusieurs syncopes; c'est alors qu'elle fut apportée à l'hôpital; elle y avait passé la nuit, quand nous la vîmes le matin dans un état de débilité et d'oligaimie si prononcées qu'elle était mourante. Les élèves qui l'avaient vue pendant son séjour dans la salle particulière d'accouchement, nous rapportèrent ce qui était arrivé. Le ventre était mou, presque sans rénitence; l'utérus remontait jusqu'à l'épigastre, son col était fermé; la femme n'avait point senti les mouvements de l'enfant depuis trois jours. Nous cherchâmes inutilement à percevoir le ballottement, et nous ne pûmes, par le moyen du stéthoscope, entendre le souffle placentaire et les bruits du cœur de l'enfant. L'état de la malade était si désespéré qu'il nous sembla inutile de tenter aucun moyen de traitement : elle mou-

rut deux heures après. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes l'œuf enveloppé dans une masse de sang en partie coagulé. Ce sang était interposé entre la surface interne de l'utérus et le placenta décollé dans toute son étendue; il occupait aussi plus des deux tiers de la surface externe du chorion, sur toute la partie supérieure et postérieure de l'œuf. Une zone de deux à trois pouces de large, sur laquelle le chorion adhérait encore à la surface utérine, séparait le sang extravasé de l'orifice interne de l'utérus. Le placenta était infiltré de sang dans presque toute son épaisseur dans les intervalles des cotylédons. La cavité de l'amnios contenait les eaux qui étaient rougeâtres. Le fœtus paraissait avoir six mois ; il n'offrait aucune trace de commencement d'altération cadavérique. La veine et les artères ombilicales étaient gonflées par du sang coagulé.

Si la nature des accidents éprouvés par cette femme avait été reconnue, on l'aurait probablement conservée en déterminant, dès qu'ils se sont manifestés, la parturition par la dilatation du col et la rupture des membranes, et au besoin par l'accouchement forcé.

Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires qui compliquent le travail de l'accouchement.

1338. L'hémorrhagie utéro-placentaire peut se déclarer au début, pendant, ou au moins à la fin de la durée du travail de l'accouchement, lorsque la grossesse est à terme ou près de son terme.

Lorsque l'hémorrhagie utéro-placentaire survient avec le travail de l'accouchement, elle a souvent été précédée de prodromes hémorrhagiques, dans lesquels le sang s'est écoulé au dehors, et qui se sont renouvelés plusieurs fois pendant les deux ou trois derniers mois; cela arrive principalement quand le placenta, implanté d'une manière anomale dans l'utérus, a subi par l'effet de l'ampliation successive de cet organe un décollement partiel (1548 *et sqq.*). L'accident grave qui nous occupe n'arrive cependant pas que dans cette circonstance; on le voit aussi survenir sans

qu'il y ait eu d'hémorrhagie antécédente. Dans ce cas, si l'attention n'est pas éveillée par la connaissance de la possibilité de la manifestation de l'hémorrhagie pendant le travail, et par les symptômes qu'elle détermine, il peut arriver que les accidents arrivent rapidement au point de mettre en grand danger la vie de la mère et de l'enfant, sans que l'accoucheur les reconnaisse.

Une femme de 28 ans, primipare, d'une assez faible constitution, fut prise à huit mois de grossesse des douleurs de la parturition. Une sage-femme, appelée auprès d'elle, reconnut le travail qui marcha régulièrement pendant quatre heures. La poche des eaux était formée, et les douleurs expulsives se succédaient avec rapidité, quand tout d'un coup elles se suspendirent. La femme commença immédiatement à perdre ses forces et à se décolorer. La sage-femme administra vingt-quatre grains de seigle ergoté en deux prises, à une demi-heure l'une de l'autre, sans que le travail se ranimât; seulement, il se manifesta un quart d'heure après la deuxième dose des douleurs lombaires assez vives, au milieu desquelles il y eut une défaillance complète. Arrivé auprès de la malade au bout d'une demi-heure, nous la trouvâmes avec la face décolorée et en proie à des secousses de hoquet, qui revenaient toutes les quatre à cinq minutes. Le pouls était petit; les mains et les pieds étaient froids. Le globe utérin était mou, sans rénitence, comme empâté; l'orifice de son col présentait une dilatation de deux pouces de diamètre; on sentait la tête de l'enfant au travers des membranes, qui étaient flasques et ne se distendaient point. L'enfant avait cessé de se mouvoir depuis le commencement du travail. Il ne s'était point échappé de sang par la vulve. Nous annonçâmes qu'il s'était opéré une hémorrhagie utéro-placentaire, et que c'était vraisemblablement à cet accident qu'était due la suspension du travail. Tout retard à la terminaison de l'accouchement nous sembla dangereux; nous manifestâmes

les craintes les plus grandes pour la vie de l'enfant et celle de la mère. La main fut immédiatement portée dans le vagin, et les membranes furent rompues; de la sérosité sanguinolente s'écoula; l'utérus ne revint pas sur lui-même; néanmoins la tête de l'enfant s'engagea au détroit supérieur, sans cependant descendre tout à fait dans l'excavation. Le forceps fut immédiatement appliqué, et la tête fut entraînée vers le détroit inférieur; alors quelques faibles contractions utérines survinrent. Nous ralentîmes l'extraction de l'enfant, et nous fîmes faire des frictions et exercer des pressions sur l'hypogastre, pendant que nous entraînions lentement la tête au moyen du forceps. Un flot de sang demi-coagulé sortit brusquement avec le corps de l'enfant, et le globe utérin se resserra faiblement. Le placenta fut immédiatement amené; la femme eut alors une défaillance si complète, que nous craignîmes qu'elle ne mourût. Cependant l'utérus revenait sur lui-même; on provoqua avec succès, mais lentement, sa rétraction par des frictions et des pressions exercées sur l'hypogastre, pendant que nous stimulions sa surface interne avec la main portée dans sa cavité. Une compression modérée fut ensuite exercée sur l'hypogastre, avec des compresses graduées soutenues par un bandage de corps. Une masse de sang coagulé, du volume de la tête de l'enfant, entourait le placenta, et adhérait étroitement aux trois quarts de sa surface utérine; ce caillot se prolongeait et s'incorporait dans le tissu placentaire. La portion de placenta qui était libre ne présentait rien d'insolite. L'enfant était bien développé; il mourut au bout d'un quart d'heure, sa respiration n'ayant pu s'établir suffisamment. La mère resta dans une débilité extrême; la fièvre de lait ne survint pas; il n'y eut que peu de lochies. Le rétablissement fut des plus lents; il fallut près de deux mois de soins assidus pour rendre à cette femme assez de forces pour qu'elle pût quitter le lit. Les seuls accidents morbides qu'elle éprouva pendant tout ce temps

furent des palpitations fréquentes, une céphalalgie syncipitale presque continuelle, des vertiges, une dyspepsie opiniâtre. Le rétablissement des règles ne se fit qu'au bout de neuf mois.

Les auteurs ont consigné dans leurs livres plusieurs observations sur de semblables accidents, qui ont déterminé tantôt une hémorrhagie dont les produits se sont accumulés dans l'utérus, sans se montrer au dehors, tantôt une hémorrhagie avec issue du sang par l'orifice utérin. Les faits que nous avons rapportés ci-dessus (1337) fournissent des exemples d'hémorrhagies utéro-placentaires latentes survenues pendant la parturition, et qui ont déterminé la mort par suite de l'extravasation considérable du sang entre la surface de l'utérus et le placenta et les membranes.

Symptômes de l'hémorrhagie utéro-placentaire avec issue du sang dans le travail de l'accouchement.

1339. L'hémorrhagie utéro-placentaire, qui coïncide avec le travail de l'accouchement, s'annonce, quand ses produits sortent au dehors, par l'issue du sang pendant les intervalles des contractions utérines. Si la quantité de sang expulsée ainsi de l'utérus est modérée, le travail est peu ralenti, et la perte devient de plus en plus faible à mesure qu'il s'accomplit; souvent même elle se suspend dès que la poche des eaux a un certain volume, et surtout dès que la tête de l'enfant s'engage. Les symptômes de débilité ne sont alors que passagers; l'utérus, quoique ne présentant plus de contractions, reste tendu et rénitent au toucher; le sang ne s'écoule plus de son orifice, d'où sort seulement une petite quantité de mucus sanguinolent ou de sérosité rougeâtre. Quelques instants après, quelques heures au plus, le travail d'expulsion recommence, et l'accouchement s'achève. Le placenta entraîne avec lui un caillot de sang adhérent à une partie de sa surface utérine. Mauriceau[1] rapporte qu'il fut appelé auprès d'une femme en travail qui avait une perte apparente depuis quatre heures. Trouvant les parties bien disposées pour l'accou-

[1] *Loc. cit.*, *Obs.* XCII.

chement, il l'abandonna à la nature; il se fit en une demi-heure. La sage-femme retira de l'utérus, avec le placenta, une masse de caillots du volume des deux poings.

Si le sang sort en quantité considérable, les contractions utérines deviennent successivement plus courtes et plus faibles, la femme sent ses forces diminuer, son pouls s'affaiblit de plus en plus; elle se plaint de froid aux extrémités, lesquelles perdent en effet de leur chaleur normale; la face se décolore, des défaillances surviennent, souvent il y a en même temps des accidents spasmodiques, comme le tremblement des membres, le hoquet, des vomissements, etc.

Conversion de l'hémorrhagie utéro-placentaire évidente compliquant l'accouchement en hémorrhagie latente.

1340. Dans les cas les plus graves l'hémorrhagie utéro-placentaire qui complique la parturition devient latente; le sang, après avoir cessé de s'écouler par l'orifice de l'utérus, s'accumule dans sa cavité entre le placenta et la paroi utérine correspondante. Alors les contractions de la matrice se suspendent, et les symptômes de l'hémorrhagie deviennent de plus en plus graves : les forces de la femme se perdent; la faiblesse du pouls augmente; des symptômes spasmodiques se prononcent et se reproduisent d'instant en instant avec plus d'intensité; le froid des extrémités fait des progrès; la décoloration des téguments va en augmentant, et la mort de la femme et du produit de la conception vient terminer l'hémorrhagie. Pendant que ces fâcheux symptômes se succèdent, non-seulement la matrice cesse de se contracter, mais le globe utérin perd même sa rétractilité; il devient mou, sans rénitence; son orifice est flasque; son volume augmente à mesure que le sang, s'extravasant dans son intérieur, ajoute à la masse des parties qui y sont contenues.

Symptômes de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente compliquant l'accouchement.

1341. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire qui complique l'accouchement se fait dès son invasion sans qu'il s'écoule de sang au dehors, les symptômes sont les mêmes que ceux de l'hémorrhagie utéro-placentaire qui survient

sans qu'il se manifeste même de commencement de travail de parturition, comme dans les cas que nous avons rapportés ci-dessus (1337). Ces symptômes se rapportent à la débilité successivement croissante de la femme : la faiblesse du pouls, la décoloration des téguments, les phénomènes spasmodiques, et toujours le ralentissement, la diminution d'énergie et de longueur, et enfin la suspension des contractions utérines. A tous ces phénomènes morbides se joignent, quand l'hémorrhagie est abondante, la perte de la rénitence du globe utérin, la flaccidité de ses parois et l'augmentation de son volume.

Suites des hémorrhagies utéro-placentaires qui compliquent la parturition, quant à l'enfant.

1342. L'hémorrhagie utéro-placentaire, qui coïncide avec le travail de la parturition, n'entraîne pas la mort de l'enfant si l'accouchement est fait avec rapidité, qu'il survienne par les seules forces de la mère, ou qu'il soit déterminé par l'art. Mais l'enfant qui naît après cette hémorrhagie est toujours dans un état de faiblesse extrême; sa respiration s'établit avec beaucoup de lenteur; dans un grand nombre de cas sa vie s'éteint peu de temps après sa naissance (1338). Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire a été abondante, surtout si la parturition ne s'est faite qu'avec lenteur, l'enfant périt ordinairement avant de naître.

Suites des hémorrhagies utéro-placentaires qui compliquent l'accouchement, quant à la femme.

1343. Les femmes qui éprouvent ce grave accident de la parturition sont toujours jetées, même dans les cas les plus heureux, dans une grande oligaimie dont elles ne sortent qu'avec beaucoup de lenteur et de difficulté. Un certain nombre d'entre elles périssent quelque temps après l'accouchement, quelques unes par suite des effets progressivement croissants de la faiblesse, la plupart par suite d'accidents accessoires des plus légers. Dans les cas les plus graves, elles meurent au moment même de la perte de sang, et avant qu'on ait pu achever l'accouchement, comme cela arriva dans les cas cités par Albinus et Peu (1337).

De l'influence de l'hémorrhagie utéro-placentai-

1344. Il est incontestable, d'après les accidents des hémorrhagies utéro-placentaires qui se joignent au travail

re dans la parturition sur le décollement du placenta.

de la parturition, que le placenta est décollé dans une plus ou moins grande étendue de sa surface dès que l'extravasation du sang s'établit dans l'utérus. Ce décollement peut avoir précédé l'hémorrhagie, ainsi que cela arrive souvent, et notamment dans les cas d'implantation vicieuse du placenta, ou bien il est, pour la plus grande partie de son étendue, le résultat immédiat de l'infiltration du sang entre les surfaces utérine et placentaire.

Le décollement du placenta n'arrive, dans l'ordre physiologique, qu'après la sortie du fœtus de la matrice; sa manifestation avant ou peu après le commencement du travail de l'accouchement entraîne, dans les cas heureux, sa sortie immédiate avec l'enfant. Si l'utérus, revenant faiblement sur lui-même, conserve dans sa cavité et le délivre et la masse des caillots provenant de l'hémorrhagie utéro-placentaire, on voit souvent survenir une métro-hémorrhagie qui met rapidement la mère dans un grand danger. C'est ainsi que l'hémorrhagie utérine, par obstacle au retour de la matrice sur elle-même, peut être une suite éventuelle de l'hémorrhagie utéro-placentaire qui coïncide avec l'accouchement. Le placenta décollé dans l'utérus ne concourt plus à l'extravasation du sang comme avant l'accouchement parce que, l'enfant étant sorti, il ne s'opère plus de circulation en lui, mais aussi il ne ferme plus les sinus utérins, comme il le fait quand il reste dans l'utérus après l'accouchement à cause d'une adhérence insolite; aussi dans ce dernier cas ne survient-il pas d'hémorrhagie, à moins qu'une portion du placenta ne soit décollée.

La rétention du placenta dans la matrice arrive quand il n'est décollé qu'en partie par suite de l'adhérence qui persiste sur une portion de sa surface. Cette circonstance coïncide fréquemment avec l'hémorrhagie utéro-placentaire arrivant dès le début de l'accouchement comme effet immédiat du décollement partiel; elle est ensuite d'autant plus facilement suivie d'une hémorrhagie utérine après la sortie

de l'enfant, que l'état d'inertie où l'hémorrhagie a jeté l'utérus l'empêche de se contracter et de rompre les dernières adhérences du placenta en déterminant son expulsion.

Des suites des hémorrhagies utéro-placentaires suivant les époques de la grossesse.

1345. Les observations recueillies par les auteurs ne fournissent d'exemples d'hémorrhagies utéro-placentaires graves et terminées soit par la mort, soit par un grand épuisement de la femme, que dans la parturition qui arrive au terme normal de la grossesse, ou au moins au sixième ou septième mois. Dans les cas de grossesse avancée, l'amplitude des vaisseaux utérins et la grandeur de l'espace dans lequel le sang s'accumule en décollant le placenta et les membranes sont si favorables à la production de l'hémorrhagie et au dépôt d'une grande quantité de sang épanchée et retenue dans l'utérus, ou débordant par son orifice, que la mort arrive avec rapidité, ou au moins qu'il en résulte un état d'oligaimie profond et prolongé (1337).

Suites des hémorrhagies utéro-placentaires quant à l'état de l'utérus.

1346. L'utérus, par suite de l'influence qu'a exercée sur lui la congestion sanguine dans laquelle il est resté et le contact du sang extravasé, surtout quand la parturition anticipée n'est survenue qu'un certain temps après l'extravasation du sang dans la cavité de la matrice, passe quelquefois à un état de congestion sanguine chronique ou de phlegmasie qui constitue une des suites les plus graves des hémorrhagies utéro-placentaires. Si les résultats de l'hémorrhagie n'ont pas cette gravité, on observe au moins souvent pendant plusieurs mois et même pendant des années des hémorrhagies menstruelles d'une abondance insolite, caractérisées surtout par une hyperaimie utérine très prononcée qui ramène chaque mois des symptômes hystéralgiques plus ou moins intenses (1150). Cette aptitude aux métro-hémorrhagies fait souvent avorter plusieurs grossesses subséquentes et constitue la cause immédiate de la stérilité de beaucoup de femmes qui ont été affectées d'hémorrhagies utéro-placentaires.

Suites des hé-

1347. Il est très peu de femmes chez lesquelles la santé

morrhagies utéro-placentaires quant à la santé de la femme.

se rétablisse promptement après les avortements par les hémorrhagies utéro-placentaires. Cet heureux résultat ne s'obtient que lorsque l'hémorrhagie est arrivée presque au début de la grossesse; et même, dans ces cas, qui sont les moins fâcheux, l'on voit encore assez souvent succéder un état de dysménorrhée qui se prolonge pendant longtemps, et dont le moindre inconvénient est de rendre les femmes incapables de concevoir; car elle n'est pas sans fondement cette remarque vulgaire que l'avortement rend souvent les femmes stériles au moins pendant des années.

§ II. *Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires par implantation anomale du placenta.*

Définition de l'implantation anomale du placenta considérée comme cause de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1348. L'implantation anomale du placenta, qui se lie comme cause aux hémorrhagies dont nous allons indiquer les symptômes, résulte du rapport du placenta avec la paroi inférieure de l'utérus où se trouve l'orifice interne du col (1310). Ce rapport anomal est constitué par l'implantation d'un segment du disque placentaire plus ou moins voisin du bord, ou d'une partie du centre ou du centre même du placenta sur l'orifice interne du col utérin. L'implantation anomale du centre de l'arrière-faix est beaucoup plus rare que celle d'un segment de cet organe; mais cette dernière est même si commune, qu'une grande partie des hémorrhagies qui surviennent pendant les derniers mois de la grossesse lui doivent leur origine; Rigby a compté cent six cas d'hémorrhagies survenues dans ces circonstances dont quarante-six étaient dues à cette cause.

Des époques de la gestation auxquelles surviennent les hémorrhagies par implantation anomale du placenta.

1349. Tant que la dilatation progressive est bornée au corps de l'utérus, c'est à dire depuis le commencement de la gestation jusqu'au quatrième mois, l'implantation anomale du placenta ne donne lieu à aucun accident; mais à cette époque le col de l'utérus venant concourir à l'ampliation de la matrice, il en résulte une lésion placentaire qui

produit immédiatement une extravasation sanguine dont le produit est versé par l'orifice utérin dans le vagin, et de là s'écoule par la vulve. L'hémorrhagie qui se lie à l'implantation anomale du placenta ne se manifeste donc pas avant le quatrième mois de la grossesse, elle arrive même le plus souvent à une époque encore plus avancée.

Les époques de la grossesse auxquelles se manifestent les hémorrhagies par implantation anomale du placenta sont assez variables, c'est le plus souvent pendant le courant du sixième mois de la gestation qu'elles surviennent; on les voit quelquefois commencer à se montrer dès le quatrième mois, mais il est plus commun qu'elles n'arrivent qu'au septième. Dans quelques cas heureux, elles surviennent à une période de la gestation encore plus avancée; il arrive même qu'elles ne se montrent qu'au moment du travail de l'accouchement à terme; c'est qu'alors il n'y a qu'une très petite portion du placenta en rapport avec le col utérin.

Symptômes d'invasion et marche des hémorrhagies utéro-placentaires par implantation anomale du placenta.

1350. Les hémorrhagies utérines par implantation anomale du placenta se montrent toujours sans prodromes, le plus souvent même sans cause occasionnelle évidente, leur manifestation n'est annoncée que par l'issue du sang par les organes génitaux. Le sang s'écoule par le vagin en quantité d'abord peu considérable et pendant quelques heures seulement, puis l'hémorrhagie se suspend pour se reproduire ensuite à des intervalles de moins en moins longs. La perte de sang elle-même devient chaque fois plus abondante, et surtout de plus en plus rapide à mesure que les récidives se reproduisent.

Cette marche comme intermittente des hémorrhagies utéro-placentaires par implantation vicieuse du placenta est la plus habituelle; il n'est pas cependant rare que l'hémorrhagie continue avec peu d'abondance d'une manière presque chronique et sans interruption, ou au moins avec des interruptions qui ne sont pas complètes et qui ne sépa-

rent que les exacerbations de la perte de sang. Cette dernière marche de l'hémorrhagie appartient plus spécialement aux cas dans lesquels une petite portion seulement du placenta se trouve greffée sur l'orifice du col utérin; si cet organe est inséré sur le col par une portion voisine de son centre, l'hémorrhagie survient quelquefois dès sa première apparition avec une rapidité et une abondance telles, qu'elle met en danger la vie de la femme au bout de quelques instants.

L'hémorrhagie par implantation anomale du placenta arrive ordinairement sans aucune douleur antécédente, ni concomitante. Les femmes ressentent cependant quelquefois de légères coliques utérines au moment de la production de l'hémorrhagie, soit à sa manifestation initiale, soit au retour de ses récidives. Ces coliques se manifestent surtout quand l'hémorrhagie se montre tout d'un coup avec une grande intensité; il n'est même pas alors très rare que des douleurs gravatives aux lombes, à l'hypogastre, se propageant jusque dans les cuisses, arrivent comme prodromes de la perte; dans ces cas, un véritable état d'hyperaimie utérine précède et accompagne l'invasion de l'hémorrhagie, et l'on est fondé à penser que cette condition procatarctique, qui se remarque dans les hémorrhagies de l'utérus à l'état de vacuité (1196) et dans les hémorrhagies utéro-placentaires sans implantation anomale du placenta (1313), est devenue une cause accessoire et probablement déterminante de l'hémorrhagie par implantation anomale du placenta qui, sans cette circonstance, ne se serait manifestée qu'à une époque plus avancée de la gestation.

Influence de l'hémorrhagie par implantation anomale du placenta sur la parturition et sur la vie du fœtus.

1351. La reproduction des attaques d'hémorrhagie utérine par implantation anomale du placenta, ou même la manifestation première de cette hémorrhagie, quand elle est abondante, finit par déterminer le travail de la parturition. Ce travail ne commence le plus souvent que

lorsque les signes de l'interruption de la grossesse par la mort du produit de la conception (1320) sont déjà évidents et se sont joints aux effets immédiats de la perte du sang (1391); il arrive par conséquent après que la mort du fœtus a fait cesser l'hémorrhagie. C'est ainsi que nous venons d'observer dans un cas de cette espèce l'interruption complète de la perte de sang au moment de la mort du fœtus, chez une femme qui n'accoucha que neuf jours après, quoique le placenta fût implanté sur le col utérin presque centre pour centre.

Effets immédiats de la perte de sang.

1352. La rapidité avec laquelle le sang s'écoule au dehors dans ces hémorrhagies, ou au moins les retours fréquents des pertes, jettent rapidement les femmes dans l'oligaimie, qui arrive avec tous les symptômes que nous avons signalés pour les autres hémorrhagies utérines, savoir, les syncopes, l'état de débilité excessive, la dépression et la petitesse du pouls, la pâleur générale, les accidents spasmodiques, etc., etc. (1214).

Signes fournis par l'exploration immédiate de l'utérus dans les hémorrhagies par implantation anomale du placenta.

1353. L'exploration immédiate de l'utérus, pendant les hémorrhagies dont il est question, ne fait rien reconnaître d'insolite dans la plupart des cas, quant à l'état du col, tant que le travail de la parturition n'est pas établi; cet organe a la longueur et les dimensions appropriées à la période de la gestation à laquelle la femme est arrivée; on ne remarque guère d'anomal, et encore n'est-ce que lorsque l'hémorrhagie est considérable, qu'une certaine flaccidité des lèvres du museau de tanche dont l'orifice est légèrement béant; ce n'est que lorsque le travail de l'accouchement se prépare que cet orifice est assez entr'ouvert pour qu'on puisse y porter le doigt et arriver à percevoir la présence du placenta.

Le travail de la parturition anticipée s'annonce après une certaine durée de la perte de sang par des douleurs lombaires; presque aussitôt le col se relâche et s'entr'ouvre, et les douleurs de l'accouchement surviennent. On peut alors, en portant le doigt dans le col, sentir à son extrémité interne soit une cloison spongieuse plus ou

moins épaisse interposée entre le doigt et les parties saillantes du fœtus renfermé dans la matrice, soit un corps mou, fragile, engagé et comme pendant sur un côté de l'orifice utérin. Quand le travail est établi, on perçoit assez facilement ce corps ou le bourrelet spongieux du placenta qui s'engage dans l'orifice à chaque contraction utérine, à moins que le col n'ait encore une certaine longueur, et ne soit rempli par des caillots qu'il faut respecter, car leur déplacement renouvellerait l'hémorrhagie, si elle est suspendue, ou la rendrait plus abondante si elle n'a pas cessé.

1354. Le seul phénomène insolite que l'on puisse recueillir à l'exploration du corps de l'utérus, dans les cas d'implantation du placenta sur le col utérin, est un phénomène négatif : c'est l'absence du ballottement de l'enfant dans la matrice, et encore n'est-ce que dans les cas où la portion du placenta, implantée sur l'orifice du col, se trouve voisine du centre de cet organe.

Symptômes qui se montrent avec le travail de l'accouchement dans les cas d'implantation anomale du placenta.

1355. Quand le placenta est implanté sur l'orifice du col par son centre ou par une partie voisine de son centre, les douleurs de l'accouchement se succèdent toujours avec beaucoup de lenteur, et se suspendent souvent pendant de longs intervalles. Cette suspension arrive surtout quand la femme est déjà très affaiblie par la perte du sang; elle est aussi le résultat de la résistance que le col oppose aux progrès du travail d'expulsion, résistance d'autant plus grande que l'on est plus éloigné du terme normal de la grossesse. La suspension du travail par l'inertie de l'utérus ainsi déterminée entraîne l'écoulement du sang d'une manière continue.

Le travail de la parturition une fois établi, la poche des eaux ne se manifeste pas, comme dans les accouchements ordinaires, à cause de l'obstacle que le placenta greffé sur le col met à ce que les membranes de l'œuf s'engagent dans l'orifice utérin, et contribuent à vaincre sa résistance. Les eaux restent retenues dans la matrice, et la poche ne pourrait se former qu'en repoussant le placenta dans le col

et en surmontant la résistance qu'opposent les adhérences et le volume de cet organe. Les contractions utérines se succèdent presque toujours inutilement; elles finissent par diminuer de force, d'autant plus que le sang que perd la femme contribue à l'affaiblir; la matrice tombe dans l'inertie, et la perte du sang persiste jusqu'à l'épuisement de la mère, qui périt rapidement si elle n'est secourue par les moyens rationnels.

1356. Dans les cas où l'orifice utérin n'est en rapport qu'avec un segment placentaire voisin du bord de l'organe, les efforts des contractions utérines, décollant ce segment, le poussent dans le col sur le côté de la poche des eaux, qui alors se forme avec difficulté. Si la femme n'a pas perdu une trop grande quantité de sang et n'est pas trop affaiblie, le travail continue, la poche des eaux se rompt, et l'accouchement s'achève. Les eaux s'écoulent quelquefois peu à peu dans ces cas sous l'influence des contractions utérines, sous le segment placentaire décollé; la rupture des membranes s'est alors opérée sur le bord du placenta dans l'utérus; le travail de la parturition devient de plus en plus efficace à mesure que les eaux s'écoulent, le placenta est repoussé sur un côté du col utérin par la tête ou le siége de l'enfant, et l'accouchement s'accomplit.

1357. Dans tous les cas d'implantation anomale du placenta le travail de l'accouchement marche difficilement, souvent parce que les contractions utérines sont faibles et se succèdent avec lenteur en raison de la perte de sang que la femme a éprouvée, et évidemment aussi par suite de l'obstacle que la présence du placenta qui double le bord interne du col met à sa dilatation. L'effet immédiat de cet obstacle s'apprécie bien quand on a l'habitude de constater les changements successifs qui s'opèrent au col de l'utérus par le fait même des contractions expulsives dans les accouchements anticipés; il n'est pas rare, en effet, dans ces cas, de trouver, même quand les femmes n'ont perdu qu'une

petite quantité de sang et qu'il se produit de violentes contractions utérines, une densité et un resserrement considérables du col, quoiqu'il y ait eu des contractions énergiques pendant cinq ou six heures, et quelquefois même pendant un temps plus long.

Influence du travail de la parturition sur l'hémorrhagie utéro-placentaire par insertion anomale de l'arrière-faix.

1358. Le travail de la parturition modifie la marche de l'hémorrhagie différemment, suivant les conditions particulières des rapports du placenta avec l'orifice interne et les bords du col de l'utérus.

Quand le placenta est inséré par une partie voisine de son centre, et ferme ainsi tout à fait l'orifice interne du col, chaque contraction utérine augmente la perte de sang, qui diminue ou même se suspend complétement dans les intervalles des contractions. L'extravasation sanguine dans ces cas devient plus rapide et plus considérable à mesure que le col se relâche et se dilate, et que le placenta, repoussé par les eaux de l'amnios, forme une saillie plus grande par son orifice.

Lorsque le placenta n'est inséré sur l'orifice interne de l'utérus que par un segment voisin de son bord, les premières contractions utérines augmentent l'hémorrhagie; mais dès qu'elles acquièrent une certaine intensité et qu'elles commencent à vaincre la résistance du col, l'hémorrhagie cesse d'être augmentée par elles, et bientôt même se suspend complétement. Cette suspension arrive toujours aussitôt que le bord du placenta s'étant détaché d'un côté, les membranes s'engagent dans l'orifice utérin; la poche des eaux, alors interposée dans le col, comprime le bord détaché du placenta. Quand les choses en sont à ce point, l'hémorrhagie se montre à un faible degré dans les intervalles des contractions, et se suspend toujours pendant qu'elles s'accomplissent; et dès qu'elles opèrent un effet prononcé en poussant vers l'orifice utérin soit les membranes distendues par les eaux, soit surtout la tête ou le siége du fœtus, l'hémorrhagie se suspend tout à fait. Cette suspension est toujours

complète aussitôt que l'enfant est engagé dans l'orifice dilaté et forcé dans sa résistance.

Dans les cas où les eaux se sont écoulées peu à peu par une rupture des membranes opérée dans l'utérus (1356), quelle que soit la partie du placenta qui réponde à l'orifice du col, l'hémorrhagie ne se montre plus que dans les intervalles des contractions utérines, et encore dans ces cas est-elle toujours peu considérable, et ne devient-elle véritablement alarmante que lorsque la matrice tombe dans l'inertie. Si les contractions sont efficaces et si l'enfant s'engage, l'hémorrhagie se suspend définitivement. Nous avons constaté cette suspension de l'hémorrhagie dans tous les cas de cette espèce dont nous avons été témoin; Rigby l'avait déjà remarquée; elle est si efficacement produite par l'accomplissement réel du travail expulsif du fœtus, que nous venons de l'observer dans un cas où le placenta était inséré par son centre sur l'orifice du col, et a été entraîné comme une calotte sur la tête de l'enfant, et cependant le placenta avait été déchiré profondément et en divers sens, en s'engageant dans le col sous l'influence de la pression qu'exerçait sur lui postérieurement la tête du fœtus (1388).

Influence des hémorrhagies par insertion anomale du placenta sur la vie du fœtus.

1359. Les hémorrhagies par implantation du placenta sur le col utérin sont très souvent suivies de la mort de l'enfant, d'abord parce qu'elles déterminent presque toujours l'accouchement avant terme, et ensuite parce que, par la nature même de la disposition anomale qui les occasionne, elles produisent toujours une perte de sang qui provient du placenta, et par conséquent du fœtus. Cela arrive surtout si le placenta est greffé sur le col par son centre ou par une partie voisine de son centre, car le sang qui s'extravase provient des ruptures que subit le corps du placenta lui-même (1391). Le décollement toujours plus ou moins étendu de l'arrière-faix, entraînant la destruction anticipée des rapports indispensables de la circulation du fœtus avec celle de la mère, est encore une cause de mort pour le

fœtus. Dans les cas d'implantation du délivre par un segment peu étendu et voisin de ses bords, quand l'hémorrhagie n'arrive, comme heureusement cela se fait assez souvent, qu'à une période voisine du terme naturel de la grossesse, le fœtus peut naître vivant; mais il est ordinairement affaibli au point que sa vie est toujours en grand danger, surtout si l'hémorrhagie est survenue rapidement et avec abondance, ou si elle s'est prolongée pendant un certain temps.

Suites des hémorrhagies utéro-placentaires quant à la santé des femmes.

1360. Les suites immédiates de la maladie qui nous occupe sont fréquemment aussi bien fâcheuses pour les femmes. Si l'hémorrhagie survient avec peu d'abondance, ses premiers effets sont peu graves; mais, comme elle se renouvelle souvent plusieurs fois, ou se prolonge pendant un certain temps, elle jette la femme dans un état d'oligaimie prononcé qui ne se répare toujours qu'avec lenteur et difficulté (1352). Dans les cas où la perte de sang survient avec rapidité et abondance, elle compromet directement la vie de la femme au point de la faire quelquefois périr immédiatement, ou au moins peu de temps après l'accouchement.

Les suites secondaires de cette hémorrhagie sont les mêmes, et peut-être encore sont-elles plus graves que celles qu'entraîne l'hémorrhagie utéro-placentaire ordinaire (1345 *et sqq.*). L'inertie de la matrice, si fréquemment produite par l'insuffisance des efforts de l'accouchement dans les cas d'implantation anomale du placenta et que favorise encore la perte de sang par la faiblesse qu'elle produit, ajoute toujours beaucoup à leur gravité; elle met la femme dans les conditions les plus immédiatement favorables pour la production d'une hémorrhagie intra-utérine après la sortie de l'enfant.

La fatigue que ces accouchements toujours longs et difficiles occasionnent pour l'utérus, surtout à cause des manœuvres qu'ils nécessitent souvent; la susceptibilité extrême que les femmes acquièrent par le fait même de la perte de

sang à ressentir l'influence de toutes les causes pathogéniques, expliquent la fréquence des maladies inflammatoires de l'utérus et de ses annexes après ces hémorrhagies; la faiblesse extrême de la femme restée toujours plus ou moins oligaimique rend ces maladies consécutives toujours plus graves, et d'une guérison plus lente et plus difficile.

Des cas dans lesquels l'hémorrhagie n'arrive pas malgré l'implantation anomale du placenta.

1361. Les hémorrhagies par insertion anomale du placenta, que nous venons de décrire avec tous les accidents qu'elles entraînent, sont les seules formes de ces maladies que les auteurs aient reconnues. Il s'en faut cependant beaucoup que cette maladie se présente toujours d'une manière aussi grave. Nous avons vu dans plusieurs cas l'hémorrhagie se manifester par ses symptômes ordinaires après le cinquième mois de la gestation, cesser tout à fait après s'être même reproduite plusieurs fois et avec abondance, et les femmes arriver ensuite au terme de la grossesse sans autre accident. Quand ces cas ont fixé notre attention avant que l'anatomie pathologique nous eût fait reconnaître les modifications de structure du placenta qui rendent définitive la suspension des hémorrhagies dues à son décollement sur l'orifice utérin (1386), nous doutions de l'exactitude de notre diagnostic; mais, plus éclairé aujourd'hui, nous ne sommes plus surpris de cette marche de la maladie. Nous admettons qu'un assez grand nombre d'hémorrhagies utéro-placentaires, le plus ordinairement peu considérables, quelquefois cependant abondantes, dues dans tous les cas à l'implantation de segments placentaires peu étendus sur l'orifice intra-utérin, se manifestent et se reproduisent plusieurs fois, puis cessent définitivement sans qu'il en résulte d'autre accident qu'un état de faiblesse plus ou moins grand de l'enfant. L'hémorrhagie par implantation anomale revient alors par intervalles et diminue chaque fois d'abondance, ou persiste sous une forme comme chronique durant plusieurs semaines, ne donnant issue qu'à une petite quantité de sang, et quelquefois même qu'à de

la sérosité rougeâtre; puis enfin tous les accidents disparaissent définitivement.

La manifestation de l'accouchement dans ces cas ne présente le plus souvent aucun phénomène insolite. L'accoucheur ne s'aperçoit même pas toujours de la présence d'une portion du bord du placenta, formant la base et le côté de la poche des eaux, ou s'engageant entre la partie du corps de l'enfant qui se présente et le bord du col de l'utérus; s'il s'en aperçoit, il n'y attache pas d'importance, parce que la parturition n'est troublée par aucun accident. Quelquefois, cependant, l'hémorrhagie se reproduit au moment du travail de l'accouchement, et prend même une assez grande intensité; elle est due soit à un nouveau décollement du bord placentaire, soit à la rupture du tissu placentaire hors des limites de la première lésion actuellement réparée (1384), à laquelle était due l'hémorrhagie antécédente; elle se comporte alors comme les hémorrhagies qui se manifestent pour la première fois au moment de la parturition, elle se suspend par le travail expulsif de l'accouchement, ou naturellement établi ou provoqué par l'art (1358).

Art. II. Des altérations des organes qui se rapportent aux hémorrhagies utéro-placentaires.

De l'état des parties expulsées de l'utérus quand l'avortement succède d'une manière immédiate à l'hémorrhagie.

1362. La forme la plus simple des hémorrhagies utéro-placentaires est celle dans laquelle l'extravasation du sang décolle rapidement l'œuf des parois de l'utérus, et détermine immédiatement son expulsion. Les accidents ne se succèdent ordinairement avec cette rapidité que dans les grossesses encore peu avancées. L'œuf expulsé dans ces cas est assez souvent entier au milieu d'un caillot plus ou moins solide. En examinant sous l'eau la masse qui le contient, on la trouve d'abord formée pour une plus ou moins grande partie par un caillot qui se sépare très aisément des membranes de l'œuf sur presque toute leur surface. Ce caillot,

d'une structure stratifiée et d'une densité variable dans ses différents points, ressemble assez bien à la couche couenneuse qui se forme à la surface du sang coagulé qu'on a tiré des veines dans les maladies inflammatoires, ou aux stratifications fibrineuses d'un rouge grisâtre que l'on rencontre dans les cavités des tumeurs anévrysmales. Il forme comme une doublure extérieure à l'œuf, adhérente à sa surface. Le plus ordinairement ce caillot est comme greffé sur la partie de l'œuf où se trouvent les filaments cellulo-vasculaires et les mamelons qui constituent les premiers rudiments du placenta. Ces débris du disque placentaire, déchirés par l'hémorrhagie et par le décollement de l'œuf, sont intriqués avec le sang coagulé et flottent sous l'eau dans laquelle on plonge la masse expulsée, comme des lambeaux de la pseudo-membrane encore inachevée des plèvres enflammées. Une partie de ces lambeaux se continue avec la surface du chorion, qui est parsemée de villosités celluleuses flottantes, sur lesquelles se trouvent comme greffés des débris de la fibrine coagulée du caillot.

Lésions qui indiquent qu'il est survenu plusieurs hémorrhagies successives.

1363. Dans quelques cas, on peut reconnaître extérieurement sur la masse expulsée, d'abord une couche stratifiée plus ou moins solide, et au dessous une couche de sang coagulé passé à la couleur grisâtre, adhérente à la surface du chorion, au milieu des débris du disque placentaire encore en voie de formation. Cette couche dense, qui s'isole facilement du sang coagulé qui la recouvre, est l'indice évident d'une première hémorrhagie qui a précédé celle qui a déterminé l'expulsion définitive de l'œuf. Le plus souvent on trouve, dans les accidents que la femme a éprouvés, l'indication du premier travail morbide dont ce caillot n'est que le vestige. L'œuf, examiné dans ses parties constituantes, ne présente rien d'anomal; il est comme flétri. L'embryon et ses annexes sont dans un état manifeste de décomposition qui montre que la mort de l'œuf, résultat de la première

hémorrhagie, a précédé d'un certain temps le moment où il a été définitivement expulsé. Il n'est pas très rare aussi que l'œuf, au milieu du caillot qui l'entoure, soit rompu et désorganisé, de manière que, excepté l'embryon, ses parties constituantes ne soient plus reconnaissables. On peut néanmoins encore quelquefois dans ces cas isoler, après une macération d'un ou de deux jours, le caillot primitif dense et grisâtre, adhérent étroitement à la portion épaisse du chorion, sur laquelle se trouvent les premiers mamelons placentaires.

Lésions qui se trouvent quand l'œuf a été altéré par l'hémorrhagie.

1364. Lorsque l'œuf est expulsé en totalité, sans rupture de ses membranes, au milieu des produits de l'hémorrhagie, on reconnaît quelquefois des traces d'altérations que le sang a produites dans ses parties constituantes en s'infiltrant dans leur épaisseur. Dans un cas, après avoir dépouillé l'œuf du sang plus ou moins condensé qui revêtait sa surface, nous avons trouvé un caillot sanguin incorporé dans la trame du chorion et dans le tissu naissant du placenta, se prolongeant au travers de ce tissu, et pénétrant dans l'œuf pour se continuer avec du sang coagulé qui remplissait la plus grande partie de l'amnios, et entourait immédiatement l'embryon ainsi isolé, et revêtu par une couche de sang. Une autre fois, nous avons vu la totalité de l'œuf remplie par un caillot solide, au milieu duquel était l'embryon, et que les membranes enveloppaient et limitaient directement. Dans l'un et l'autre cas, nous avons pu suivre la communication directe du caillot avec la surface extérieure de l'œuf, où il se continuait avec une couche extérieure de sang coagulé. Cette communication se faisait même par plusieurs points, en sorte qu'on ne pouvait déterminer quelle avait été la première origine du caillot. Il était ainsi impossible de reconnaître s'il s'était formé primitivement par une hémorrhagie antécédente à celle qui avait produit immédiatement l'avortement, ou si cette pénétration du sang dans la cavité intra-amniotique

n'était pas arrivée secondairement par la déchirure des membranes.

Nous avons trouvé une seule fois sur un œuf expulsé au quatrième mois de la gestation la présence d'un caillot solide et stratifié, entre l'amnios et le chorion. Ce caillot était évidemment continu avec une couche solide de fibrine qui était incorporée dans toute l'épaisseur et l'étendue du placenta, et qui coiffait l'œuf extérieurement sur un segment du tiers au moins de sa convexité. L'amnios, ainsi isolé, contenait les eaux et l'embryon libre; celui-ci et son cordon ombilical étaient flétris, rouges-violâtres et à demi décomposés.

Des caillots stratifiés à plusieurs couches.

1365. C'est le plus souvent au dehors de l'œuf, qui conserve au milieu du sang coagulé la disposition normale de toutes ses parties constituantes, que se rencontrent les vestiges des hémorrhagies successives utéro-placentaires. Nous avons trouvé une fois trois couches solides et stratifiées de sang coagulé enveloppant l'œuf sur toute sa surface. Ces couches superposées étaient d'autant plus solides qu'elles étaient plus voisines des membranes de l'œuf qui adhéraient si étroitement à leur surface profonde qu'on ne pouvait les séparer. Cette adhérence résultait de la combinaison ou plutôt de l'intrication à la fibrine stratifiée d'une couche de tissu cellulaire couenneux qui se réduisit par quelques heures de macération en un réseau blanchâtre, offrant l'apparence de fibres croisées en divers sens; c'était évidemment la caduque. Le caillot profond était si étroitement adhérent au placenta naissant, qu'on ne put le séparer sur ce point de la surface externe du chorion, dans le tissu duquel il semblait pénétrer. Le fœtus était altéré et presque putréfié; les eaux de l'amnios étaient rougeâtres, troubles et comme sanieuses. Cet œuf, qui fut expulsé au cinquième mois de la grossesse, n'avait que le volume d'un œuf de trois mois à trois mois et demi. Il était donc évident, comme le démontraient d'ailleurs tous

les accidents éprouvés par la femme, que le produit de la conception avait été isolé et frappé de mort au moins six semaines avant son expulsion par une première hémorrhagie qui avait produit la couche de sang stratifiée la plus profonde, sur laquelle les deux autres s'étaient ensuite superposées. Nous avons rapporté, d'après Morlanne (1332), une observation sur un cas dans lequel on reconnaissait les vestiges des hémorrhagies successives par sept couches de sang de consistance, de couleur et de texture différentes à l'extérieur de l'œuf, qui n'avait que le développement normal correspondant à l'époque de la première hémorrhagie.

Rapport des produits de l'hémorrhagie et de l'œuf selon l'époque de la gestation.

1366. Les lésions produites par les hémorrhagies utéro-placentaires dans l'œuf et ses annexes, au-delà du quatrième mois, sont plus nettement limitées; le volume plus considérable et le développement plus avancé du produit de la conception permettent de mieux déterminer les rapports du sang extravasé et des désordres que sa présence a occasionnés. Avant cette époque la plus grande partie du volume du part est due au sang coagulé; plus tard c'est le fœtus et ses annexes qui constituent la plus grande partie de la masse expulsée, et les désordres hémorrhagiques sont principalement circonscrits dans le placenta.

Lésions qui résultent dans le placenta de la présence des produits de l'hémorrhagie.

1367. Dans les cas les plus fréquents, le produit de la conception expulsé présente un caillot stratifié, à une ou plusieurs couches plus ou moins solides, revêtant la surface utérine du placenta à laquelle sa couche profonde adhère toujours assez étroitement, tant par intrication avec les filaments comme celluleux qu'elle présente, qu'en pénétrant plus ou moins profondément dans son tissu. Souvent aussi le caillot est infiltré dans une partie du placenta et pénètre toute son épaisseur jusque dans le cordon, ou au moins jusqu'à sa surface fœtale (1323). Dans quelques cas ce caillot, déposé ou infiltré dans le placenta, ne s'étend pas jusqu'à la surface utérine; il est logé dans le placenta en entier, et quelquefois même dans l'origine du cordon om-

bilical (1377). Nous avons une fois trouvé, après un avortement survenu au sixième mois de la gestation, un caillot qui pénétrait ainsi dans le cordon sur une longueur de deux ou trois pouces, où il formait des renflements successifs qui lui donnaient une disposition comme moniliforme. La présence de ce caillot, ainsi déposé dans l'origine du cordon et entre les artères et la veine ombilicale à leur point d'émergence du placenta, peut n'être pas liée à la présence d'une couche stratifiée sur la surface utérine du placenta, ce qui fait que l'on peut aisément la méconnaître, et ne pas s'apercevoir qu'elle a été la cause déterminante de l'interruption de la grossesse.

Des lésions qui résultent de la présence des produits hémorrhagiques depuis un certain temps dans le placenta.

1368. La formation des caillots plus ou moins solides et décolorés, que l'on rencontre ainsi dans le placenta, se rapporte nécessairement à un certain temps avant l'accouchement anticipé. Elle provient d'hémorrhagies utéro-placentaires latentes ou qui n'ont été évidentes qu'à un certain degré, c'est à dire lorsqu'elles sont arrivées au point de faire refluer le sang extravasé par l'orifice utérin (1322).

Dans les cas où l'hémorrhagie utéro-placentaire a été peu considérable, si la grossesse n'est pas interrompue, ce n'est qu'après l'accouchement à terme qu'on reconnaît la présence du produit de l'hémorrhagie en constatant dans l'épaisseur du placenta, ou à sa surface utérine, la présence de caillots peu volumineux, denses, d'un rouge gris ou d'un gris jaunâtre. Ces caillots sont quelquefois multiples, et l'on ne peut douter, d'après leur aspect et par l'état du tissu placentaire autour d'eux, qu'ils n'aient été formés à des époques différentes. Nous en avons trouvé une fois six, deux fois cinq, et souvent deux, trois ou quatre; leur diamètre varie de quatre à cinq, à dix ou douze lignes; ils sont arrondis quand ils sont isolés, et comme chatonnés dans le placenta; ils n'ont point de forme régulière lorsqu'ils sont comme infiltrés dans le tissu placentaire et inséparables de sa trame.

Les plus récents de ces caillots sont d'un rouge brun et de consistance gélatineuse; ils deviennent grisâtres et jaunâtres en vieillissant. Le tissu placentaire est refoulé et condensé autour d'eux; il prend une teinte jaunâtre, et sa texture devient comme homogène sans trace de vaisseaux sur plusieurs lignes d'épaisseur. Dans les parties qui ont été infiltrées par le sang, la densité du parenchyme placentaire reste plus grande : elle est semblable à celle d'un ligament jaune intervertébral demi-ramolli. Quelquefois les parois du foyer que remplit le caillot sont revêtues d'une couche de fibrine grise-pâle, dans laquelle on ne reconnaît aucune apparence de vaisseaux et qui en impose facilement pour la présence d'une pseudo-membrane en voie de formation. Nous n'avons jamais vu de trace certaine d'un commencement de formation de kyste ou de cicatrice autour de ces foyers sanguins placentaires (1376).

Siége immédiat des caillots sanguins dans le placenta.

1369. Le siége immédiat des caillots sanguins, limités au milieu du placenta, correspond évidemment au plan de jonction des deux couches qui appartiennent à la formation première de cet organe. Ces caillots et les foyers qu'ils creusent s'étendent toujours vers la surface fœtale du placenta, tandis que sa couche utérine n'en présente pas de trace, et n'offre d'altération qu'une condensation plus prononcée de son tissu qu'il ne l'est à l'état physiologique après l'accouchement à terme (1376). Les caillots dans le placenta sont quelquefois disposés de manière qu'ils se lient les uns aux autres en se touchant ou se continuant par l'intermédiaire de traînées sanguines par les points les plus extrêmes de leur périphérie. D'autres fois il n'existe qu'un seul caillot remplissant tout le centre du délivre; ainsi nous avons trouvé sur un placenta provenant d'un avortement à sept mois de grossesse, après la mort de l'enfant qui remontait à dix jours, un caillot de cinq pouces de diamètre qui avait séparé les deux disques de primitive formation de cet organe, en sorte que sans des brides cellulo-vasculaires qui

traversaient le caillot, le placenta, déchiré à son centre dans une grande étendue, aurait formé un véritable sac. Ce caillot avait quatre lignes au plus d'épaisseur à son bord, et sept à huit à son milieu. C'était comme un placenta sanguin au centre du délivre, dont la surface utérine ne présentait ancune apparence de lésion.

Nous ne connaissons aucun exemple de caillots bien limités dans le centre du placenta, reconnus avant le cinquième mois de la grossesse; dans les cas assez nombreux où nous avons vu ces produits d'hémorrhagies, la gestation remontait toujours à plus de cinq mois; les caillots provenant des hémorrhagies survenues avant cette période de la grossesse sont toujours extérieurs à l'œuf. Cette circonstance nous semble importante, puisque le placenta fœtal n'est réellement développé complétement qu'à cette époque, et qu'à partir de ce moment la vascularité diminue dans la couche utérine du placenta, à en juger par sa condensation progressivement croissante.

Rapport des foyers sanguins trouvés dans le placenta avec ceux que le sang se creuse entre cet organe et l'utérus.

1370. Le caillot de sang incorporé dans le placenta se prolonge quelquefois par une sorte d'appendice jusque sur la surface utérine du placenta, et s'y continue avec une couche cruorique fibrineuse plus ou moins solidement coagulée; quelquefois il se continue par une traînée sur la surface utérine du chorion, jusqu'à une certaine distance du bord du placenta, et c'est souvent ainsi que le caillot intra-placentaire s'étend à la surface utérine du délivre. Cette disposition du caillot en forme de zone sur la convexité de l'œuf correspond aux cas où le sang extravasé a commencé à se frayer une route vers l'orifice utérin (1337). Le plus ordinairement la communication entre le foyer principal et l'orifice interne de la matrice s'est établie, et le sang s'est écoulé à l'extérieur. Cependant l'expulsion de l'œuf survient quelquefois avant que le sang déposé primitivement dans le placenta ait pu se frayer une issue (1329).

Observation clinique sur les altérations hémorrhagiques d'un œuf expulsé dans un avortement.

1371. Baudelocque a publié une observation sur les altérations de l'œuf expulsé avant terme, dans laquelle se sont trouvées réunies les formes diverses des caillots expulsés avec le placenta après les hémorrhagies utéro-placentaires. Voici ce fait clinique qui résume toutes les remarques d'anatomie pathologique qui précèdent :

« Une femme de la plus forte complexion se fit saigner, pour la troisième fois, au terme de sept mois de grossesse environ. Elle eut à l'instant une syncope qui se renouvela plusieurs fois dans la journée. Dès le lendemain, elle se plaignit de douleurs de reins, de coliques sourdes et profondes, semblables à celles qui précédaient ordinairement ses règles ; elle ne sentait plus remuer son enfant. Le corps de la matrice parut être un peu plus développé que la veille, et manifestement plus ferme au toucher. Ces douleurs se répétèrent assez périodiquement pendant dix-huit à vingt jours ; elles duraient cinq à six heures de suite en acquérant chaque fois plus de force sans produire aucun changement dans le col de l'utérus, quoiqu'elles dépendissent évidemment de la contraction du corps de ce viscère. Après deux jours de calme, de plus fortes douleurs s'annoncèrent, le travail de l'accouchement s'établit, et la femme se délivra sans avoir perdu une seule goutte de sang fluide. L'enfant était mort et paraissait avoir de six mois et demi à sept mois. Quelques petits caillots noirâtres avaient précédé sa sortie ; mais de plus gros suivirent le placenta, dont l'extraction se fit sans efforts. Deux de ces caillots étaient plus remarquables que les autres, tant par leur volume que par leur consistance. L'un était de la grosseur d'un œuf de cane, et l'autre de celle d'un œuf de poule. Celui-ci avait beaucoup de solidité et était couvert de distance en distance de concrétions lymphatiques, comme l'on en remarque sur le sang inflammatoire quelque temps après la saignée. Le placenta était couvert extérieurement d'une couche de sang très épaisse, ayant la

même couleur et la même consistance que le caillot dont on vient de parler. Cette couche de sang était aussi couenneuse en dessus et hérissée au moins d'une quarantaine de mamelons de la hauteur d'une ligne environ. Une bande de sang coagulé, large d'un grand travers de doigt, s'étendait sur le chorion, en manière de demi-ceinture, depuis le bord du placenta jusqu'au bord de l'orifice de la matrice. Il était aisé de remarquer que le point du placenta d'où partait cette zone de sang, se trouvait très éloigné de l'orifice de la matrice avant l'accouchement, celui qui lui était diamétralement opposé n'étant qu'à deux ou trois travers de doigt de l'ouverture des membranes [1].»

De la désorganisation du placenta par une hémorrhagie latente chronique.

1372. Le sang infiltré dans le placenta par suite d'une hémorrhagie latente peut le désorganiser et former avec sa trame un corps spongieux qui s'accroît progressivement par l'addition de nouvelles couches de sang qui se produisent peu à peu autour de lui. L'expulsion de cette masse n'arrive ensuite qu'à une époque plus ou moins éloignée. On doit encore à Baudelocque une observation sur un cas de ce genre.

« Une femme se croyait enceinte et à terme, quoiqu'elle eût ressenti une ou deux fois les mouvements de son enfant à l'époque de quatre mois et demi. Elle avait le tronc et les bras très maigres, le visage bouffi et d'un jaune pâle, le ventre très gros et les extrémités inférieures très infiltrées. On la croyait hydropique et non enceinte. Baudelocque reconnut que la matrice était complétement développée et offrait un volume énorme; son col était effacé, et son orifice entr'ouvert de manière à recevoir librement l'extrémité du doigt. Le lendemain de cet examen Baudelocque fut rappelé à six heures, parce que les douleurs qui s'étaient fait sentir pendant la nuit acquéraient plus de force à chaque minute. A huit heures les membranes s'ouvrirent, et, après une petite quantité d'eau, la matrice expulsa un fœtus de quatre mois ou environ, comme desséché. Le placenta sui-

[1] *Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 18; obs. I.

vit l'enfant, et fut extrait sans beaucoup d'efforts; sa masse était à peu près celle d'un placenta de quatre à cinq mois de grossesse; mais son volume excédait celui d'un arrière-faix de jumeaux. Ce n'était pas une sorte de gâteau compacte, comme le placenta ordinaire, mais une espèce d'éponge à larges mailles, pleine de sang fluide. Immédiatement après la sortie de cet arrière-faix; la matrice évacua plein un grand pot de chambre de sang également fluide, mais noir, et qui se coagula promptement. Ce coagulum resta mou et sans autre consistance que celle d'une gelée tendre. La matrice, qui avait conservé presque tout son développement après l'expulsion des eaux et de l'enfant, se contracta sur elle-même après cette grande et dernière évacuation, et diminua de volume comme à la suite d'un accouchement ordinaire. Malgré la prodigieuse quantité de sang, qui sortit d'un seul jet, la femme n'éprouva aucun sentiment de défaillance; elle parut au contraire plus à son aise qu'auparavant, ce qui prouverait que ce sang était perdu pour elle depuis longtemps. Les suites de l'accouchement furent très heureuses, et la santé, auparavant très altérée, se rétablit promptement [1]. »

Résumé des altérations que peut présenter le placenta après l'hémorrhagie latente.

1373. Le placenta altéré dans une étendue plus ou moins grande, ou décollé sur une partie plus ou moins considérable de sa surface, par suite de l'hémorrhagie latente, peut donc présenter trois formes de lésions :

1° Quand l'hémorrhagie est peu considérable, le sang se creuse un foyer ou des foyers multiples dans le placenta, et y reste isolé, cet organe conservant sa structure et continuant même à s'accroître normalement autour de ces foyers;

2° Si l'hémorrhagie s'est infiltrée dans tout le placenta et l'a désorganisé, il devient corps étranger, ainsi que le fœtus, à la continuation de la vie duquel ses fonctions sont indispensables; tantôt alors il s'atrophie, se dessèche et

[1] *Mémoire cité*. Journ. gén. de méd., t. III, p. 23.

diminue de volume et reste isolé à cet état au milieu de la masse de sang qui se stratifie; tantôt l'hémorrhagie interne persistant comme à l'état chronique et d'une manière continue, la masse placentaire croît par l'addition du sang, et finit par être expulsée sous la forme d'un corps spongieux, pénétré et entouré par une grande quantité de sang liquide;

3° Si l'hémorrhagie est survenue rapidement et avec intensité, le sang extravasé se coagule autour du délivre, et souvent en même temps dans une partie de son épaisseur, lacérée et convertie en foyer; cette masse de sang est ensuite expulsée avec l'œuf à une époque plus ou moins éloignée de la manifestation de l'hémorrhagie.

1374. La quantité de sang extravasée sous le placenta après l'hémorrhagie peut être très grande. Le sang se creuse quelquefois un énorme foyer entre la matrice et le placenta, en ne laissant adhérer que l'extrême bord de cet organe, dont la surface externe constitue la paroi interne du foyer, qui est limité extérieurement par la portion de la matrice à laquelle adhérait primitivement le délivre. C'est dans ces cas que l'hémorrhagie peut déterminer rapidement dans ce foyer intra-utérin le dépôt d'une quantité de sang assez grande pour entraîner la mort de la femme. Le fait observé par Albinus et que nous avons déjà cité (1337) a présenté un exemple de cet accident; l'observation suivante en offre un autre :

De la quantité de sang qui peut être accumulée sous le placenta décollé.

Une femme de 36 ans, mère de plusieurs enfants, étant grosse de huit mois, avait depuis quelques jours une toux violente et de la fièvre. Étant prise de douleurs, elle fit appeler une sage-femme, qui, après douze heures de travail, la vit tomber dans un état alarmant : la connaissance se perdit, et les yeux s'éteignirent. L'accoucheuse fit alors demander M. Delaforterie, qui n'arriva qu'après la mort de la femme; il se hâta de pratiquer l'opération césarienne. Ayant ouvert avec précaution le fond de l'utérus, il en vit sortir un flot de sang noir qu'il estima à trois chopines au

moins. Ce sang laissa une grande cavité vide qui se trouvait entre le placenta et le fond de l'utérus. M. Delaforterie reconnut alors, en introduisant sa main dans cette cavité, qu'elle était limitée par le bord du placenta qui avait conservé son adhérence naturelle avec la matrice. Le fond de cet organe était sans rupture; le vagin ne contenait aucune trace de sang, pas même de glaires rougeâtres; l'orifice utérin paraissait peu dilaté. L'enfant, extrait vivant, périt au bout de quelques instants [1].

De la disposition du sang dans les foyers intra-placentaires.

1375. La quantité de sang infiltrée et déposée dans les foyers creusés dans le tissu cellulaire du placenta, est toujours peu considérable; elle excède rarement en volume un petit œuf de poule, aussi l'hémorrhagie qui la produit n'est-elle jamais mortelle pour la mère; mais elle n'est pas moins une maladie grave par l'influence qu'elle exerce nécessairement sur la circulation utéro-placentaire et ainsi sur la vie du fœtus.

Les épanchements de sang intra-placentaires d'un petit volume, et qui sont survenus un certain temps avant l'accouchement à terme (1331), se trouvent enchatonnés dans le tissu de l'arrière-faix (1368); ils sont convertis en des caillots solides et comme charnus, d'un gris jaunâtre. Nous avons en vain cherché les rapports immédiats de ces caillots, vestiges évidents d'hémorrhagies accomplies depuis un certain temps, avec les vaisseaux placentaires.

La fréquence assez grande de petits foyers dans des placentas d'enfants nés à terme ou presque à terme ne nous permet d'expliquer le silence gardé par les auteurs sur leur présence que par la négligence habituelle que l'on met à disséquer le placenta après les accouchements. Nous ne trouvons, en effet, de semblables observations sur des extravasations sanguines de petit volume, disséminées dans le tissu du délivre, que dans une dissertation de Water, qui rappelle un placenta dessiné par Ruisch, dans lequel la face

[1] *Journ. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 384.

fœtale présentait comme des vésicules pleines de sang grumeleux[1]. Les anévrysmes vrais que Levret dit avoir trouvés dans le placenta étaient-ils autre chose que des lésions hémorrhagiques de cette espèce?

Nous avons si souvent trouvé de petits foyers hémorrhagiques dans le placenta que nous regardons les hémorrhagies utéro-placentaires comme des affections très communes (1331). Il s'en faut beaucoup que ces hémorrhagies entraînent toujours l'interruption de la gestation; toutefois leur présence plus fréquente sur les placentas qui ont appartenu à des fœtus qui naissent très faibles et même non viables prouve qu'ils exercent une grande influence sur l'accroissement du fœtus (1342, 1381).

Etat du placenta qui contient des foyers hémorrhagiques.

1376. Le placenta, dans lequel on trouve des foyers sanguins d'un certain volume, est presque toujours flétri et évidemment atrophié dans ceux de ses cotylédons qui sont en dehors du foyer vers sa circonférence. Après des hémorrhagies étendues, et qui ont précédé de peu de temps la parturition anticipée, la flétrissure du placenta s'étend quelquefois à une grande partie de sa masse. Les cotylédons ainsi altérés sont habituellement enveloppés et comme emprisonnés dans du sang coagulé, et amené à l'état de fibrine stratifiée.

Lorsque les foyers hémorrhagiques ont leur siége dans le placenta, sans arriver jusqu'à sa surface utérine (1369), l'on n'observe aucune altération prononcée sur cette surface et dans l'épaisseur de la couche du tissu placentaire qui la sépare du foyer hémorrhagique; l'on n'y reconnaît pas même de vestige d'infiltration sanguine au contact du foyer sanguin. Quand l'épanchement est récent, l'infiltration sanguine s'étend très souvent jusqu'à la surface fœtale du placenta, tandis qu'elle a à peine quelques lignes de profondeur du côté de la surface utérine.

[1] J. G. Water, *Dissert. inaug. med. quæ* mola prægnans, etc., *ad disceptandum proponitur.* Vitembergæ, 1729, p. 22.

La texture du parenchyme du placenta est quelquefois à l'état physiologique autour du foyer hémorrhagique; le plus souvent cependant ce tissu est flétri, atrophié, et ne laisse plus reconnaître de vaisseaux distincts dans son épaisseur; sa couleur est devenue grise-jaunâtre, ou d'une teinte feuille morte, qui se montre quelquefois comme une tache au travers des membranes correspondantes sur la surface fœtale. Cette altération, qui occupe toute l'épaisseur du placenta quand les foyers hémorrhagiques atteignent sa surface utérine, est surtout prononcée dans la partie de l'organe qui est interposée entre eux et la surface fœtale.

État du cordon ombilical quand il existe des foyers dans le placenta.

1377. La flétrissure du tissu placentaire s'étend souvent jusqu'au cordon ombilical. Cette partie de l'arrière-faix n'est pas cependant d'ordinaire altérée dans toute sa longueur et quelquefois même dans toute son épaisseur: nous avons trouvé deux fois l'infiltration sanguine et la flétrissure du cordon s'étendant aux deux premiers pouces de sa longueur, sans que les artères et la veine ombilicale fussent altérées; car dans un cas l'enfant, quoique très faible, a vécu, et dans l'autre, il n'est mort que quelques heures après sa naissance. Dans un cas unique, l'altération s'étendait sur une moitié de l'épaisseur du cordon jusqu'à trois ou quatre pouces, et paraissait comprendre une seule artère ombilicale qui se perdait dans la partie flétrie et infiltrée de cruor et de fibrine condensée; l'enfant était mort. Dans le plus grand nombre des cas, quand les foyers hémorrhagiques s'étendent à la racine du cordon, toute l'épaisseur de ce faisceau cellulo-vasculaire est infiltrée et flétrie; il est alors comme macéré et presque sans consistance. La veine et les artères ombilicales sont obstruées par des caillots de sang peu consistants et à demi dissous dans de la sérosité rougeâtre.

Etat des eaux de l'amnios quand il existe des foyers hémorrhagiques dans le placenta.

1378. L'existence de foyers sanguins étendus et récents dans le placenta ou même à sa surface utérine, coïncide presque toujours avec une coloration en rouge assez prononcée de l'eau de l'amnios.

1379. Lorsque l'enfant est mort depuis un certain temps, son épiderme se détache au moindre contact; la surface du derme dénudée est luisante et humide; elle est violâtre sur certaines parties, et surtout sur l'abdomen et les fesses; la tête est molle et comme remplie d'un liquide fluctuant; le cerveau est rougeâtre et déliquescent; la poitrine et surtout l'abdomen contiennent une assez grande quantité de sérosité rougeâtre; les viscères, et particulièrement le foie et la rate, sont rougeâtres, violacés, ramollis dans leur tissu; le tube digestif se déchire avec une extrême facilité; tous les vaisseaux sont colorés d'une teinte rouge-brune qui pénètre toute l'épaisseur de leurs parois; le cordon ombilical est ramolli et flétri, et se rompt avec la plus grande facilité; son tissu cellulaire est rougeâtre.

Etat extérieur des parties de l'enfant mort.

1380. Le volume de l'enfant, le degré de développement auquel il est parvenu après l'accouchement anticipé, ne sont pas en rapport avec le temps de durée de la grossesse écoulé jusqu'à la parturition, excepté lorsque l'hémorrhagie a entraîné immédiatement l'accouchement. Dans les cas les plus fréquents, l'enfant séjournant encore dans la matrice pendant un certain temps après sa mort avant d'être expulsé, son volume et le degré de son développement sont en rapport avec l'âge auquel il était parvenu, quand les symptômes de l'hémorrhagie utéro-placentaire et les signes de sa mort se sont manifestés (1323, 1371). Les altérations que son corps a subies sont d'autant plus prononcées que l'intervalle de sa mort à l'accouchement a été plus prolongé.

Degré de développement de l'enfant mort-né dans les cas d'hémorrhagie utéro-placentaire.

1381. Quelque simple et le plus souvent bien établie que soit la coïncidence entre le moment où l'hémorrhagie est survenue et l'instant où le fœtus a cessé de vivre, il ne faut pas cependant l'admettre toujours d'une manière absolue. La grossesse peut suivre son cours jusqu'à son terme normal, et le fœtus peut ne pas périr, malgré des hémorrhagies

Rapport du moment de la mort de l'enfant avec l'instant auquel s'accomplit l'hémorrhagie.

utéro-placentaires et avec la présence du produit de ces hémorrhagies dans le placenta, ou entre la surface du placenta et celle de l'utérus (1331, 1375). L'enfant ne présente alors de lésion qu'un état de faiblesse et de développement imparfait qui le rend souvent incapable de vivre hors de l'utérus; quelquefois dans ces cas il ne périt que dans le travail de la parturition. Dans des cas plus graves la mort du fœtus ne survient qu'un certain temps après l'accomplissement de l'hémorrhagie, et d'une manière en quelque sorte progressive. Dans toutes ces circonstances il n'y a pas de rapport entre les traces plus ou moins anciennes de l'hémorrhagie dans le tissu ou autour du placenta, et les altérations du corps de l'enfant privé de vie à une époque plus récente.

Lésions du placenta consécutives à l'hémorrhagie par implantation sur le col utérin.

1382. Les altérations anatomiques que les auteurs ont signalées dans le placenta, lorsqu'il était greffé sur l'orifice interne du col de l'utérus, ne sont point en rapport avec toutes les circonstances que présentent les hémorrhagies qui se rattachent à cette disposition anomale. Elles consisteraient toujours, suivant les descriptions qu'ils en ont données, dans un état comme de déssèchement et d'atrophie de la portion du placenta implantée sur l'orifice interne du col de l'utérus, avec la présence sur l'arrière-faix d'une tuméfaction mamelonnée correspondant à l'orifice du col, vers lequel la portion du placenta qui le recouvre se trouverait poussée et engagée au moment du travail de l'accouchement.

Les altérations du placenta, dans les cas d'implantation anomale, ne sont ni aussi simples, ni aussi invariables; elles se modifient de différentes manières qui se trouvent en rapport avec les diverses formes des accidents hémorrhagiques [1].

[1] L'occasion d'observer les altérations morbides des annexes du fœtus ne peut se présenter assez souvent dans la pratique d'un seul médecin pour que beaucoup de lésions anatomiques ne lui échappent pas. Quoique nous soyons chargé depuis neuf ans de services d'hôpital, où un assez grand nombre d'accouchements sont pratiqués chaque année, nous ne sommes cependant par-

1383. L'altération la plus simple que présente le placenta, lorsqu'il a été inséré par un segment peu étendu de son bord sur l'orifice utérin, est la suivante : son tissu spongieux est affaissé, comme déprimé et converti en un tissu homogène rougeâtre, dans lequel du sang est immédiatement incorporé, et qui ressemble assez bien pour l'aspect au parenchyme du poumon refoulé dans la gouttière vertébrale après la pleurésie, mais avec une fragilité qui se rapproche de celle de la rate. Le chorion tantôt s'étend sur cette partie du placenta sans présenter de modification apparente, tantôt il est rompu transversalement et détaché à la limite de la portion altérée et des parties saines continues. Cette rupture nous a toujours semblé avoir été produite dans le travail de l'accouchement par l'interposition nécessaire du segment décollé du placenta entre la tête ou le siége du fœtus et le bord du col. Cette interposition produit aussi très probablement, au moins en grande partie, la dépression de la portion du placenta engagée dans le col. Quand le chorion n'a pas abandonné la partie du

venu à réunir un assez grand nombre de notes sur ces lésions placentaires qu'en ayant recours à l'obligeance de plusieurs accoucheurs et de plusieurs sage-femmes. Dans le nombre des arrière-faix altérés que nous avons examinés depuis l'an 1824, quarante-deux placentas avaient été insérés sur l'orifice interne de l'utérus. C'est le résultat de ces recherches que nous présentons ici. Nous donnons comme réelles les lésions anatomiques que nous avons constatées; quant aux circonstances de l'hémorrhagie qui était survenue dans la plupart des cas, nous n'en avons tenu compte que lorsque nous les avions nous-même observées, ou que pour les cas qui nous ont été fournis par des praticiens d'une expérience reconnue. Avant de décrire ces altérations, il importe de remarquer qu'il faut disséquer le placenta avec beaucoup de précaution, et sous l'eau, à cause de son tissu mou et fragile, et surtout pour éviter de confondre avec les altérations qu'il a souffertes par le fait de la maladie celles qui arrivent par l'action même de l'utérus au moment de la parturition et par les manœuvres de l'accoucheur. Cette remarque s'applique plus spécialement à la recherche des lésions qui existent après l'insertion anomale du placenta; elle est aussi très importante pour constater les limites et les caractères anatomiques de celles qui se rencontrent après les hémorrhagies utéro-placentaires latentes, et même évidentes, qui surviennent indépendamment de l'implantation anomale de l'arrière-faix.

placenta qui se trouvait décollée, on le trouve dans presque tous les cas rompu à quelques lignes du bord externe. L'altération placentaire que nous venons de décrire est celle qui se rencontre quand l'hémorrhagie a précédé de peu de temps ou accompagné le travail de la parturition.

1384. Dans les cas où des hémorrhagies se sont reproduites à différentes fois et par intervalles plus ou moins éloignés, avant l'accouchement et au moment du commencement du travail, le segment du placenta inséré sur le col est plus étendu et les altérations du bord de cet organe qui a été décollé ne sont pas les mêmes sur tous les points; il faut alors les considérer sur trois zones excentriques l'une à l'autre.

Sur la zone la plus voisine du centre de l'organe, le tissu placentaire est condensé et réduit en un tissu homogène dense, comme granuleux, d'une couleur jaune grisâtre, se rompant avec facilité, traversé par des filaments blanchâtres qui arrivent jusqu'à la surface utérine en se ramifiant, et se perdent dans la couche jaunâtre qui ne présente pas dans son épaisseur le moindre vestige de points rouges. Au milieu de ce tissu homogène se rencontrent toujours de petits caillots d'un rouge noirâtre, ordinairement très nombreux, qui ne s'isolent pas du tissu homogène environnant, et se fondent dans sa substance. Ces petits caillots pénètrent le plus souvent jusque sous le chorion. La surface du placenta, sur ces parties ainsi altérées, présente souvent des taches blanches d'une à deux lignes de diamètre, très nombreuses et plus ou moins confluentes, faisant un léger relief, et ressemblant au premier aspect aux petites plaques que forme la matière tuberculeuse sur la séreuse abdominale après les péritonites tuberculeuses.

La zone intermédiaire, excentrique à celle qui vient d'être décrite, présente un tissu rougeâtre dans lequel on reconnaît du sang coagulé, infiltré et même incorporé avec

le tissu placentaire. Ce tissu est plus mou et beaucoup plus friable que celui du placenta à l'état sain; son apparence homogène et la continuité de sa trame sont interrompues par des foyers sanguins qui pénètrent à différentes profondeurs de la surface utérine vers la surface fœtale.

Le chorion, sur les deux zones internes qui viennent d'être décrites, ne nous a jamais offert ni altération de texture, ni déchirure.

La zone extérieure présente l'état d'altération qui se trouve dans les cas où une petite portion du bord du placenta correspondait à l'orifice du col (1383).

Il est évident que ces altérations ne diffèrent que par leur ancienneté; elles se sont produites à des époques diverses. Les plus voisines du centre du placenta sont les plus anciennes et correspondent aux premières hémorrhagies, et les plus excentriques aux plus nouvelles : la forme et les limites latérales des altérations le démontrent aussi. L'altération la plus voisine du centre est toujours la plus étroite et la plus éloignée la plus large, en sorte que toute la partie malade du placenta a la forme d'un triangle, dont la base est vers le bord de l'organe.

Lésions placentaires produites dans l'accouchement dans les cas d'implantation anomale du délivre.

1385. Indépendamment de ces altérations l'on trouve sur le placenta des lésions qui ont souvent été produites au moment du travail d'expulsion; elles consistent en des déchirures remplies d'une plus ou moins grande quantité de sang coagulé, que l'on enlève aisément par une macération de quelques heures. Ces ruptures ne sont point transversales, elles ont l'aspect des ruptures, en quelque sorte étoilées, qu'on produit en serrant dans la main un corps mou et fragile, de manière à rassembler ses parties périphériques autour d'un centre.

Modification du foyer placentaire hémorrhagique suivant le temps écoulé depuis les premières pertes de sang.

1386. Les divers degrés d'altération du tissu placentaire, que nous venons de décrire, constituent la première période d'une lésion plus ancienne, que nous avons rencontrée plus fréquemment que toutes les autres sur des arrière-faix ex-

pulsés par des femmes qui ont eu à des périodes éloignées de la parturition des hémorrhagies plus ou moins considérables qui ne se sont pas renouvelées. Cette lésion consiste dans la conversion d'une partie du bord du placenta dans toute son épaisseur, en un tissu homogène, d'un jaune pâle, tirant sur la teinte grisâtre, n'offrant aucune trace de vaisseaux apparents. La partie du placenta ainsi altérée est constamment au moins de moitié plus mince que les parties saines de l'arrière-faix correspondantes; elle est lisse et d'épaisseur égale dans toute son étendue; les bosselures des mamelons n'y sont plus apparentes. Cette partie de l'arrière-faix contient toujours dans son épaisseur des portions rougeâtres qui ne sont point disposées par couches, mais par grumeaux ramollis, dans quelques uns desquels on reconnaît très bien du sang altéré. Nous avons trouvé dans un cas un seul, et une autre fois deux foyers hémorrhagiques très circonscrits et de six à huit lignes de diamètre, pénétrant et occupant toute l'épaisseur de cette partie du placenta qui avait été insérée sur l'orifice du col et qui était devenue jaunâtre. Le chorion correspondant était d'un blanc mat légèrement jaune; il était épaissi comme par l'addition ou l'infiltration d'une matière d'apparence albumineuse, et l'on ne remarquait point en lui d'injection vasculaire anomale.

Disposition des vaisseaux placentaires dans les foyers.

1387. Il est très facile de constater, en disséquant avec un stylet mousse sous le chorion que l'on détache avec soin, que les vaisseaux placentaires qui arrivent à la partie altérée de l'organe qui a subi les altérations que nous venons de décrire, sont revenus sur eux-mêmes et convertis en filaments blanchâtres, dans lesquels le sang ne pénétrait plus. Dans les lésions plus récentes, l'on ne peut reconnaître si les vaisseaux sont restés perméables; la coloration rougeâtre de leur tissu, la présence dans leur intérieur de sang coagulé qui ne diffère pas pour l'aspect du sang infiltré dans le tissu placentaire proprement dit, ne permettent pas de

déterminer de différence de couleur qui puisse servir à apprécier toutes les conditions anatomiques des éléments constituants du tissu placentaire. Les injections pratiquées dans la veine et les artères ombilicales ne peuvent dissiper l'incertitude; ces vaisseaux sont très inégalement pénétrés, même sur les parties saines du placenta; ils se rompent avec une grande facilité, et le liquide qu'on pousse dans leur cavité s'extravase si aisément dans le tissu placentaire, soit par rupture, soit par transsudation, qu'on ne peut tirer de grandes lumières de ce moyen d'exploration.

Lésions du placenta adhérent par une partie voisine de son centre sur le col utérin.

1388. Lorsque le placenta correspondait à l'orifice interne du col par une partie voisine de son centre, nous n'avons jamais rencontré la lésion qui vient d'être décrite, et toujours la femme avait éprouvé jusqu'au moment de la parturition des pertes de sang considérables, et de plus en plus fréquemment renouvelées.

La lésion consiste toujours alors dans la présence de sang plus ou moins coagulé, infiltré ou disposé par foyers dans l'épaisseur du tissu placentaire lacéré et raréfié. Cette altération s'étend jusque sous le chorion; elle est constamment jointe à des déchirures irrégulières du parenchyme placentaire qui recèlent entre leurs bords du sang coagulé. L'écartement de ces bords est quelquefois tel qu'il forme véritablement, par une déchirure excentrique des cotylédons placentaires, une fosse qui va jusqu'au chorion. Les cotylédons écartés sont infiltrés et tuméfiés par le sang et constituent un bourrelet saillant très prononcé. Ces dernières altérations n'arrivent pas jusqu'au bord du placenta; elles ont au plus deux pouces à deux pouces et demi de diamètre.

Les manœuvres de l'accoucheur pour explorer l'état des parties en portant le doigt sur le tissu placentaire qui se rencontre sur l'orifice du col, peuvent sans doute contribuer à augmenter les désordres que nous décrivons; toutefois, elles n'en peuvent être la seule cause, car nous les

avons trouvés dans des cas où ces manœuvres avaient été pratiquées avec une extrême réserve, et d'ailleurs ces lésions sont trop étendues pour être l'effet de cette seule cause, car la lacération et l'infiltration placentaire s'étendent toujours au delà des limites de la partie qui correspond à l'orifice utérin. Ces altérations du placenta ne sont point aussi le résultat de l'influence mécanique exercée sur ses cotylédons par le col utérin et sur son corps par la pression qu'il éprouve en parcourant le canal vaginal; on en trouve la preuve dans l'état du placenta inséré sur le col, quand la femme succombe avant que l'accouchement se soit effectué. Garrow de Barnett a constaté sur le cadavre d'une femme morte d'hémorrhagie au commencement du huitième mois de la gestation, que « le placenta était adhérent à l'orifice » interne de la matrice, à peu près dans son milieu, ou » par sa portion la plus épaisse, sur laquelle était une dé- » chirure de plus d'un pouce de longueur et qui pénétrait » presque entièrement la substance du placenta. Il ne res- » tait pas la moindre apparence de sang dans toute l'éten- » due du cordon ombilical, si ce n'est quelques gouttes qui » s'y trouvaient immédiatement contre le ventre de l'en- » fant[1]. »

Mode de production de l'hémorrhagie quand le placenta est inséré sur le col.

1389. Les observations anatomiques dont nous venons de rapporter les résultats (1383, 1384, 1386, 1388) démontrent que lorsqu'une hémorrhagie se produit par l'implantation anomale du placenta, l'extravasation du sang, même lorsque l'arrière-faix n'est inséré sur l'orifice du col que par un segment peu étendu de son bord, se fait toujours par l'infiltration du sang dans le parenchyme placentaire, et non par un simple décollement. Le sang s'incorpore dans le tissu de l'arrière-faix, ou s'y dépose dans des foyers qu'il y creuse par une véritable lacération, d'autant plus profonde que la partie du placenta corres-

[1] Smellie, *Obs. sur les accouch.*, trad. de Préville, t. II, p. 257. Paris, 1766.

pondante au col était plus centrale; dans ces derniers cas l'écartement des cotylédons séparés et rompus pénètre dans toute la profondeur de l'organe jusqu'au chorion qui revêt sa surface fœtale.

1390. L'atrophie du tissu placentaire infiltré, sa conversion en un tissu non vasculaire et décoloré, observées chez des femmes qui ont eu des hémorrhagies pendant leur grossesse à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, constituent les altérations qui succèdent aux hémorrhagies, suite de l'implantation d'une portion du bord du placenta sur l'orifice interne du col (1386). Ce sont ces altérations qui suspendent les hémorrhagies, et qui préviennent quelquefois leur retour en annulant la vascularité et la perméabilité d'une portion du placenta primitivement détachée et infiltrée par le sang.

Des altérations du placenta qui succèdent aux hémorrhagies dans les cas d'insertion sur le col.

Les différents degrés d'altération du tissu placentaire infiltré par le sang, que nous avons rencontrés sur plusieurs arrière-faix (1384), se rapportaient évidemment à la succession des hémorrhagies qui se renouvellent du centre du placenta vers sa circonférence à mesure que le développement successif du col amène de nouveaux décollements et l'opportunité de nouvelles hémorrhagies. Ils montrent que si ces nouvelles conditions anomales du placenta n'arrivaient pas, l'hémorrhagie ne se reproduirait pas et trouverait un obstacle définitif dans la modification que le sang infiltré produit dans le parenchyme placentaire.

1391. Lorsque le placenta est greffé sur le col par une partie voisine de son centre, l'hémorrhagie ne peut trouver un terme que par la mort du placenta et celle du fœtus qui sont les conditions nécessaires pour que l'extravasation sanguine devienne impossible (1351); c'est ainsi que le résultat funeste qu'entraîne l'hémorrhagie pour la vie du fœtus peut quelquefois devenir un moyen de salut pour la mère dans les cas d'insertion du centre du placenta sur l'orifice du col. On en trouve des exemples dans des observations de Bau-

De la terminaison nécessaire de l'hémorrhagie par insertion centrale du placenta sur le col.

delocque[1], de Walter[2] et de Mercier de Rochefort[3], sur des cas d'implantation du placenta sur l'orifice du col, existant d'une manière si directe, que le placenta a été expulsé avant le fœtus dans la parturition, et dans lesquels le décollement définitif de cet organe s'est opéré sans hémorrhagie. L'observation suivante offre à la fois un exemple de semblables circonstances et d'une autre forme d'altération placentaire que celles que nous avons décrites :

Une femme de 26 ans, grosse pour la deuxième fois, eut à cinq mois et demi de grossesse une hémorrhagie peu abondante qui dura une demi-journée. Cette hémorrhagie se reproduisit au bout de trois semaines, et fut plus considérable que la première fois. Duchâteau, son accoucheur, lui fit alors pratiquer une saignée, et la retint au lit dans le plus grand repos; la perte de sang se suspendit et la gestation continua sans nouvel accident. A sept mois et demi, une nouvelle hémorrhagie survint, et fut assez considérable pour obliger Duchâteau de recourir au tamponnement du vagin qui suspendit l'hémorrhagie. Le lendemain, d'assez vives douleurs survinrent aux lombes et à l'hypogastre, et cette dame cessa de sentir remuer son enfant. Appelé alors auprès d'elle, nous exprimâmes la crainte que ces accidents ne dépendissent de la présence du tampon, il fut enlevé. Le col était resserré, et l'hémorrhagie ne reparut plus, les douleurs utérines cessèrent; mais les signes de la mort de l'enfant ne laissèrent plus de doute sur l'interruption de la gestation. La parturition ne survint qu'au bout de trente-un jours, qui se passèrent sans nouvelle hémorrhagie et même sans accident notable. Dès que le travail fut établi,

[1] *L'Art des accouch.*, t. I, p. 443.

[2] J. G. Walter, *De morbis peritonæi et apoplexiâ*, p. 32.

[3] F. M. Mercier; Mémoire sur cette question : *Les accouchements où le placenta se trouve apposé sur le col de la matrice, sont-ils constamment accompagnés d'hémorrhagie?* *Journ. gén. de méd.*, t. LV, p. 305.

et que le col de l'utérus fut assez dilaté pour qu'on pût y introduire le doigt, nous reconnûmes, Duchâteau et moi, une implantation du placenta sur l'orifice du col. Il ne s'écoulait par le vagin que quelques glaires sanguinolentes. Les forces de la femme se soutenaient, mais le travail marchait avec une extrême lenteur. Ce ne fut qu'au bout de vingt heures de douleurs peu vives, qui se faisaient surtout sentir dans les lombes, et sans qu'il sortît autre chose que des mucosités, que l'orifice du col atteignit une assez grande dilatation pour permettre au placenta décollé de bomber par son ouverture dont le diamètre était d'environ deux pouces. Duchâteau jugea alors convenable de hâter l'accouchement; il glissa la main entre le placenta et le bord antérieur du col pour aller rompre les membranes. Les eaux s'écoulèrent en très petite quantité, et le placenta, décollé par la manœuvre qui avait été pratiquée, s'engagea; il fut immédiatement extrait. Le cordon ombilical ramolli se rompit. Le travail d'expulsion prit alors de l'activité, et la femme accoucha au bout d'une heure d'un fœtus mort, de sept mois environ, dont l'épiderme se détachait. A peine l'issue de l'enfant fit-elle perdre à la femme un demi-verre de sang. Le placenta avait cinq à six pouces de diamètre; sa surface utérine présentait, dans l'étendue de deux pouces presque à son centre, une couleur brune et un aspect comme fongueux; sur tout le reste de son étendue, elle avait une couleur blanche mate, plus prononcée que dans l'état physiologique. Les cotylédons étaient aplatis et affaissés. Le tissu placentaire, sur le point qui était brunâtre et comme fongueux, était infiltré de sang coagulé noirâtre, qui se continuait, en s'isolant de la substance placentaire, avec un foyer sinueux allongé qui pénétrait jusqu'à la face fœtale près de l'insertion du cordon. Ce foyer n'avait pas de limites bien arrêtées, le parenchyme placentaire infiltré et comme malaxé avec le sang se continuait par une dégradation insensible avec le tissu sain du reste de

l'organe, lequel était sec et parsemé de nombreux filaments vasculaires affaissés et rougeâtres.

C'était évidemment dans la partie centrale du placenta, où se trouvait le foyer sanguin, que l'hémorrhagie qui s'était renouvelée trois fois avait pris naissance. Le siége de cette hémorrhagie au centre du placenta, l'étendue de son foyer, la quantité de sang perdue par l'appareil vasculaire de l'arrière-faix, expliquaient la mort du fœtus arrivée en même temps que la production de la dernière perte. De ce moment la circulation s'est suspendue dans le placenta, son tissu s'est affaissé et condensé par la rétraction de ses vaisseaux que le sang avait cessé de distendre; ainsi s'est trouvée définitivement terminée laperte de sang. Quant à la lésion hémorrhagique directe du placenta, elle ne nous a pas présenté, comme lorsque l'hémorrhagie n'a envahi qu'une partie du bord de cet organe, cette conversion progressive du parenchyme placentaire en un tissu homogène, non vasculaire et plus ou moins décoloré (1386); le placenta, ayant cessé de vivre avec le fœtus, n'a plus subi que l'effet de la combinaison en quelque sorte opérée par les affinités moléculaires du sang extravasé avec son tissu actuellement à l'état de cadavre.

Des cas dans lesquels l'adhérence du placenta décollé peut se rétablir.

1392. Nous avons reconnu aux différentes modifications que nous ont présentées les altérations hémorrhagiques dans le placenta, les changements qui se produisent suivant toutes les conditions d'ancienneté, de renouvellement, ou de suspension définitive des hémorrhagies utéro-placentaires, tant dans les cas où ces hémorrhagies surviennent dans les grossesses où le placenta a avec l'utérus ses rapports normaux que dans ceux où l'insertion anomale de cet organe a fait naître l'opportunité de l'hémorrhagie. Nous n'avons jamais pu constater de disposition qui pût faire admettre le rétablissement de l'adhérence interrompue du placenta avec l'utérus.

Pour les cas d'insertion du placenta sur l'orifice utérin,

la surface placentaire se trouve, à mesure que le col se raccourcit et se dilate, amenée au contact de la muqueuse qui revêt le trajet de cette partie inférieure de la matrice; il n'est pas probable qu'elle puisse y contracter d'adhérence: la présence d'une couche de mucus, qui ne peut jamais s'organiser en fausse membrane pourvue de vaisseaux, produit inévitable des cryptes mucipares disséminées dans la membrane muqueuse du col utérin, nous paraît un grand obstacle à sa soudure sur cette région. Pour les décollements du placenta qui surviennent sur d'autres régions de la matrice, la soudure n'est pas empêchée par le même obstacle, cependant elle n'a pas été directement constatée. Personne n'a reconnu, entre les deux faces qui auraient été antérieurement séparées, de couche plastique pseudo-membraneuse plus ou moins pénétrée de sang, et par conséquent perméable à ce fluide, comme il faudrait qu'elle le fût pour que les fonctions pussent se rétablir. On a toujours constaté autour du sang épanché et interposé entre l'utérus et le placenta, même lorsque la solidité de la fibrine provenant de l'extravasation attestait l'ancienneté de l'épanchement, un état de flétrissure complète de toute l'épaisseur des cotylédons placentaires correspondants. Une nouvelle adhérence qui rétablirait les rapports physiologiques est incompatible avec cette flétrissure. On n'a point aussi recueilli d'observation qui ait fait reconnaître la soudure utéro-placentaire en voie de formation. On ne trouve donc pas, dans les recherches d'anatomie pathologique, de motif de repousser l'opinion de Mauriceau, adoptée par presque tous les médecins depuis lui, que la soudure du placenta décollé ne vient jamais rétablir la continuité physiologique de cet organe avec la surface interne de l'utérus. Puzos a appuyé cette opinion sur la présence des caillots de sang trouvés après l'accouchement sur la partie du placenta qui avait été décollée, et sur les retours fréquents de l'hémorrhagie pendant le reste de la gestation, après qu'on est

parvenu à la suspendre[1]. Cette preuve repose sur des cas dans lesquels le décollement ne se serait pas réparé; elle ne démontre pas que cette réparation n'arrive jamais, d'autant plus que la présence d'une couche de sang coagulé non-seulement ne constitue pas un obstacle absolument invincible à la soudure, mais peut même servir à la préparer en fournissant les éléments d'un tissu organisable interposé. Si la soudure du placenta décollé réparait l'adhérence, il ne s'ensuivrait pas que les femmes ne seraient pas exposées à des retours d'hémorrhagies, produits soit par de nouveaux décollements, soit même par le retour du premier décollement déterminé par la lacération de l'adhérence réparatrice encore peu solide. L'extrême difficulté, sinon l'impossibilité du rétablissement des rapports physiologiques utéro-placentaires, nous semble rendue très probable par l'état d'oblitération des vaisseaux utérins qui résulte nécessairement de leur interruption, même momentanée, et de la formation d'une masse fibrineuse coagulée interposée entre l'utérus et le placenta. Cette oblitération, que Puzos aussi a signalée, est conforme à cette loi qui ne souffre pas d'exception, que tout vaisseau dans lequel la circulation devient inutile comme moyen physiologique, s'oblitère au moins jusqu'à ses premières branches anastomotiques.

En réunissant et discutant les motifs qui portent à rejeter la possibilité d'une soudure réparatrice des ruptures d'adhérence du placenta à l'utérus, nous devons cependant reconnaître qu'il s'en faut beaucoup que nous connaissions toutes les conditions qui peuvent favoriser ou déterminer, ou empêcher le rétablissement des connexions physiologiques de parties adhérentes ou continues brisées par un état morbide. Il se peut que les adhérences réparatrices utéro-placentaires en voie de formation, ou déjà achevées,

[1] *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses*, etc., inséré dans le tome I des *Mémoires de l'acad. de chirurg.*, p. 358.

aient échappé à des investigations d'anatomie pathologique qui n'ont peut-être pas été assez fréquemment répétées par des hommes familiarisés avec ce genre de recherches. Ces motifs sont d'un grand poids pour ne pas faire rejeter d'une manière absolue la possibilité de la soudure du placenta décollé, d'autant qu'elle n'a réellement été repoussée que par des arguments la plupart négatifs. Nous regardons donc le rétablissement des connexions physiologiques utéro-placentaires, après les hémorrhagies qui les ont interrompues, comme très rare et très difficile, sans oser le considérer comme absolument impossible; dans tous les cas nous en rejetons absolument la possibilité pour les décollements du placenta qui proviennent de l'implantation sur le col de l'utérus.

Art. III. Etiologie des hémorrhagies utéro-placentaires.

Communauté de causes entre les métro-hémorrhagies et les hémorrhagies utéro-placentaires.

1393. Toutes les causes prédisposantes et occasionnelles des métro-hémorrhagies préparent et déterminent la production des hémorrhagies utéro-placentaires, quand elles agissent sur des femmes grosses. Nos lecteurs se rappelleront ces causes (1238 *et sqq.*), ils n'auront à tenir compte, pour apprécier leurs effets et leur mode d'action immédiate sur les femmes grosses, que des conditions particulières qui se rapportent à la gestation.

De la grossesse considérée comme cause prédisposante des hémorrhagies utéro-placentaires.

1394. L'étiologie des hémorrhagies utéro-placentaires comprend aussi des causes particulières à cette maladie qui se trouvent surtout dans les circonstances qui se rattachent à l'état physiologique des femmes grosses; là surtout se trouvent les causes proégumènes principales des maladies qui nous occupent.

Nous n'analyserons pas, dans toutes les conditions physiologiques qui le constituent, l'état de gestation, pour apprécier chacune d'elles, comme cause immédiate des principales circonstances des hémorrhagies utéro-placentaires; cette appréciation repose sur des conditions trop faciles à

saisir pour échapper à la sagacité du lecteur. Il suffit d'exprimer ici d'une manière générale que la grossesse est la principale cause physiologique proégumène des hémorrhagies utéro-placentaires à cause de l'état de turgescence de l'appareil vasculaire utérin qui se lie à sa présence, et à cause de la formation qui s'opère dans la cavité de la matrice d'un organe cellulo-vasculaire destiné à servir d'intermédiaire à la circulation de la mère et à celle du fœtus; organe à texture molle et friable, dans lequel se trouvent toutes les conditions les plus immédiatement favorables aux congestions et aux extravasations sanguines.

Phénomènes utérins de la menstruation considérés comme causes proégumènes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1395. L'habitude des menstrues abondantes, ordinairement jointes aux symptômes immédiats d'une hyperaimie utérine qui se montrent comme phénomènes précurseurs et concomitants de chaque retour périodique de cette hémorrhagie, est l'une des conditions les plus immédiatement favorables à la production des hémorrhagies utéro-placentaires. Les femmes chez lesquelles l'hyperaimie utérine menstruelle s'observe à un haut degré sont fréquemment réglées pendant les premiers mois de leur grossesse, ou au moins sont mensuellement affectées durant la gestation des accidents symptomatiques que provoque habituellement chez elles l'apparition des règles. C'est ordinairement au moment de la manifestation de ces accidents, et évidemment sous leur influence, que l'hémorrhagie utéro-placentaire survient chez ces femmes; il faut donc considérer la persistance des phénomènes menstruels pendant la grossesse comme une prédisposition puissante à ces hémorrhagies. L'observation clinique démontre en effet, comme Klein l'avait bien reconnu, que l'avortement, cet effet immédiat si étroitement lié aux hémorrhagies utéro-placentaires, qu'il en est dans les premiers mois de la gestation la suite presque inévitable (1319), n'arrive jamais si facilement qu'aux époques périodiques de la menstruation [1].

[1] *Interpres clinicus*, p. 37.

1396. Des menstrues habituellement abondantes, la persistance de l'apparition des règles, ou au moins de plusieurs de leurs phénomènes pendant la gestation, sont ordinairement liées à deux états particuliers, en apparence opposés et fréquemment connexes, qui constituent des conditions physiologiques qui se rattachent comme causes proégumènes à la production des hémorrhagies utéro-placentaires.

Influence des conditions générales de l'organisme qui coïncident avec une menstruation abondante, sur la production des hémorrhagies utéro-placentaires.

Le premier de ces états physiologiques est un tempérament sanguin très prononcé avec tous les caractères de développement extrême et d'activité puissante des organes de la circulation. Les phénomènes constitutifs de ce tempérament se prononcent de plus en plus par l'influence que la gestation exerce sur l'organisme. La pléthore, toujours imminente chez les sujets qui vivent dans ces conditions physiologiques, arrive presque avec ou peu après le début de la grossesse, et les expose aux congestions sanguines et aux hémorrhagies sur plusieurs organes, mais surtout sur l'organe utérin, en raison de l'activité de la circulation et de l'état de turgescence dont il devient le siége par le fait de la gestation.

L'autre état physiologique est marqué par des phénomènes d'une nature qui semble opposée à la disposition qui se remarque dans tout l'organisme des sujets d'un tempérament sanguin; ces phénomènes consistent dans la flaccidité des tissus; le volume et la forme arrondie des saillies; la blancheur et la perméabilité de la peau; la lenteur et la faiblesse des mouvements; le peu de développement du pouls, la mollesse des battements du cœur, etc. Ces phénomènes, qu'on rapporte au tempérament lymphatique, sont cependant liés à un développement très prononcé des vaisseaux capillaires; ils n'excluent pas la pléthore habituelle qui est observée parfois sur les sujets qui les présentent, chez lesquels l'aptitude aux congestions sanguines se rencontre plus souvent peut-être que chez

les individus d'un tempérament sanguin des plus prononcés. Cette condition d'organisation, très commune aux femmes, coïncide toujours avec une menstruation très abondante, marquée surtout par des symptômes intenses d'hyperaimie utérine; elle prédispose puissamment aux métro-hémorrhagies (1244) et aux hémorrhagies utéro-placentaires. C'est surtout chez les femmes auxquelles elle appartient qu'on voit souvent les règles se montrer pendant les premiers mois de la gestation, et survenir avec une facilité d'autant plus grande, que les causes externes qui peuvent les favoriser trouvent dans l'irritabilité extrême, aussi habituelle à ces sujets, une cause adjuvante qui ajoute à l'énergie de leur action.

De certaines conditions inhérentes au tempérament nerveux qui prédisposent aux hémorrhagies utéro-placentaires.

1397. On rencontre assez souvent, surtout dans les classes opulentes, des femmes maigres, décolorées, d'une frêle constitution, que l'extrême irritabilité de leur système nerveux rend sujettes à des attaques d'hystérie revenant pour les moindres causes. Ces femmes sont quelquefois très abondamment réglées, mais leurs règles sont irrégulières, tant pour l'abondance du flux sanguin que pour les époques de son retour; presque toutes ont une leucorrhée habituelle qui augmente beaucoup au retour des menstrues; un assez grand nombre sont affectées de dysménorrhée qui amène chez elles des symptômes hystéralgiques. Toutes les femmes qui sont dans ces conditions sont prédisposées aux hémorrhagies utéro-placentaires. Il n'est pas rare d'en voir qui ont eu ainsi plusieurs grossesses interrompues.

On attribue presque toujours la manifestation de l'hémorrhagie utéro-placentaire, chez ces sujets, à des causes évidentes de la nature de celles qui provoquent des métro-hémorrhagies; mais le médecin est forcé de reconnaître que la plupart de ces causes évidentes ont eu un effet si peu énergique, que sans une prédisposition particulière, l'interruption de la grossesse n'en aurait point été le résultat. L'observation attentive des phénomènes de la gestation fait re-

marquer chez ces femmes une condition toute spéciale de la vitalité de l'utérus qui l'entretient dans un état de turgescence immodéré qui devient la cause prédisposante et souvent la cause déterminante principale de l'hémorrhagie utéro-placentaire. La matrice, dès le commencement de la gestation, est dans un état d'irritabilité exagérée qui se reconnaît à des phénomènes prononcés; ainsi, des douleurs lombaires, des douleurs gravatives à l'hypogastre. Des phénomènes sympathiques surviennent d'une manière insolite : vers la tête, par des migraines, de la céphalalgie, etc., une exaltation marquée des facultés intellectuelles, un état de mélancolie, une sorte de démence, etc.; vers les organes des sens, par l'impossibilité de supporter, sans qu'il en résulte des accidents nerveux, les impressions sensitives les plus modérées; ainsi, une odeur un peu forte, un son aigu et perçant, la vue d'un objet trop éclairé, etc., incommodent très vivement ces sujets; vers les organes de la digestion, l'on voit survenir les vomissements exagérés et opiniâtres, provoqués par tous les aliments et les boissons, ou par les aliments et les boissons insipides, ou par telle ou telle espèce d'aliments ou de boissons; un état habituel d'anorexie ou de goûts dépravés; la boulymie, le pica, etc. Les organes de la ciculation manifestent aussi l'influence qu'ils éprouvent par un état fébrile presque continu, des palpitations, des syncopes. Les organes de la locomotion sont le siége de spasmes, d'une lassitude habituelle, etc. Ces phénomènes morbides, qu'on voit rarement réunis, mais qui souvent alternent les uns avec les autres, persistent avec les progrès de la gestation; on conçoit aisément que sous leur influence, par suite même du trouble qu'ils occasionnent dans les fonctions, l'utérus devienne aisément le siége d'une hyperaimie exagérée qui entraîne une hémorrhagie utéro-placentaire. Il est vrai que si l'on est assez heureux pour que cet accident n'arrive pas pendant les premiers mois de la grossesse, on voit tous ces phéno-

mènes s'atténuer et disparaître chez un grand nombre de ces femmes, et, avec leur cessation, le danger de l'hémorrhagie et de l'avortement s'évanouit. Mais chez beaucoup d'entre elles, l'état d'irritabilité extrême que conserve l'utérus devient la cause immédiate de l'hémorrhagie par les mouvements spasmodiques qui en résultent dans la couche musculaire de la matrice.

Des spasmes utérins considérés comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1398. Les changements qui s'opèrent dans la structure de la matrice pendant la gestation, principalement par le développement de la couche musculaire qui forme presque toute l'épaisseur des parois de ce viscère, font naître une cause adjuvante et quelquefois même occasionnelle de l'hémorrhagie utéro-placentaire, en rendant l'utérus apte à devenir le siége de mouvements spasmodiques qui s'annoncent par des phénomènes qui se montrent comme prodromes et comme symptômes de l'hémorrhagie utéro-placentaire (1314). Nous expliquerons plus loin comment ces spasmes utérins deviennent la cause immédiate de cette maladie, il nous suffit ici de faire remarquer que leur invasion est immédiatement consécutive, comme celle des symptômes d'hyperaimie utérine, à l'action de la plupart des causes des maladies qui nous occupent, et qu'il est très rare que leur présence ne soit pas suivie de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente ou manifeste.

Les spasmes utérins surviennent souvent et constituent spécialement la cause immédiate des hémorrhagies utéro-placentaires chez les femmes qui ont été affaiblies par des maladies antécédentes, ou même par des moyens de traitement débilitants administrés avec peu de mesure. Les femmes qui sont placées dans un état moyen, entre une constitution lymphatique et nerveuse prononcée et une véritable cachexie oligaimique, sont peut-être les plus prédisposées aux hémorrhagies utéro-placentaires, aussi faut-il considérer cette maladie comme toujours imminente chez les femmes décolorées, à tissus mous, épuisées par l'ha-

bitude d'une alimentation insuffisante ou trop peu réparatrice, par une vie molle et oisive passée dans un repos continu, par la lactation trop prolongée, par des métro-hémorrhagies antécédentes, par des suppurations abondantes, par des leucorrhées considérables, par des émissions sanguines trop abondantes et trop souvent réitérées, surtout dans le commencement de la grossesse.

Des ébranlements physiques et mécaniques considérés comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1399. Parmi les causes des hémorrhagies utéro-placentaires, il n'en est aucunes qui semblent plus fréquentes que les commotions et les ébranlements physiques résultants de chutes, de coups, de secousses violentes. Il est impossible de ne pas admettre dans beaucoup de cas la réalité et l'effet immédiatement fâcheux de ces causes pathogéniques; il n'est guère d'auteur qui ne les ait signalées, et de praticien qui ne les ait observées. Tantôt ces causes physiques agissent presque immédiatement sur l'utérus, comme cela arriva à la sœur de Mauriceau, qui, étant dans le dernier mois de sa grossesse, tomba sur les genoux, de manière que son ventre porta sur le sol : elle fut prise trois jours après d'une hémorrhagie qui fut mortelle [1]; tantôt elles agissent médiatement sur la matrice, qui ne perçoit l'ébranlement physique que par l'intermédiaire des membres. C'est ainsi que nous avons observé une hémorrhagie utéro-placentaire latente, suivie d'avortement, chez une femme grosse de trois mois et demi qui éprouva un violent ébranlement en sautant avec précipitation d'une voiture à terre. D'autres fois la commotion porte sur tout le corps et n'agit pas plus spécialement sur la matrice; ainsi l'on voit des hémorrhagies utéro-placentaires occasionnées par des secousses brusques dans des voitures, ou sur des chevaux, etc.

L'influence de toutes ces causes physiques n'est pas le plus souvent en proportion de l'intensité de la commotion, puisqu'on voit les ébranlements les plus légers occasionner des hémorrhagies utéro-placentaires des plus

[1] *Traité des maladies des femmes grosses*, l. I, chap. XXVI, p. 162.

graves, tandis que d'autres fois il ne survient aucun accident par suite des commotions les plus violentes. Nous avons donné des soins à une femme d'une frêle constitution, grosse de cinq mois, qui, étant dans un cabriolet qu'un cheval traînait avec une grande vitesse, fut jetée jusqu'au delà de la tête du cheval, qui s'abattit au milieu de la course. Cette dame eut une violente contusion au front et à la poitrine; elle était tombée à plat-ventre. L'accident était arrivé à quatre lieues de Paris; elle remonta dans le cabriolet et revint chez elle. Nous lui fîmes pratiquer deux petites saignées à trois heures de distance l'une de l'autre; l'intensité de la céphalalgie nous détermina à lui faire appliquer deux fois des sangsues aux tempes et derrière les oreilles; elle fut tenue dans le plus grand repos. Les mouvements de l'enfant furent nuls pendant quatre jours, puis ils se rétablirent; il ne survint pas le moindre accident du côté de l'utérus; l'accouchement arriva heureusement à terme; l'enfant était bien portant, et le placenta ne présenta aucune apparence de lésion.

Nous concluons de ces faits que si l'on ne peut révoquer en doute que des causes physiques qui produisent de violentes commotions, occasionnent souvent des hémorrhagies utéro-placentaires fréquemment suivies de l'interruption de la grossesse, il faut admettre dans un grand nombre de cas, pour se rendre compte de leurs effets, l'intervention d'une prédisposition à ces maladies. Il est beaucoup de circonstances où l'action de la cause a été si peu énergique, que la prédisposition a la plus grande part dans la production des accidents utérins.

Des mouvements violents ou convulsifs considérés comme causes d'hémorrhagie utéro-placentaire.

1400. Les mouvements musculaires énergiques opérés, soit pour l'accomplissement d'efforts de locomotion, soit par suite de mouvements spasmodiques morbides, ont été souvent suivis d'hémorrhagies utéro-placentaires, et par suite d'avortement. Ainsi les convulsions épileptiques, ou même

seulement les spasmes hystériques intenses, si fréquents surtout dans les deux ou trois premiers mois de la gestation, produisent souvent l'hémorrhagie utérine, et quelquefois par suite l'interruption de la grossesse. Mauriceau a spécialement signalé parmi ces causes les efforts répétés de la toux produits par les maladies thoraciques [1]. Van-Swieten a cité un exemple d'hémorrhagie intra-utérine, chez une femme grosse, par suite d'éternuments violents et souvent renouvelés [2]. Smellie a observé de pareils accidents occasionnés par des efforts de vomissement exaspérés, au deuxième mois de la grossesse, par l'administration intempestive des émétiques [3]. Les vomissements qui surviennent dans le début de la grossesse, tant qu'ils se bornent, ainsi qu'il arrive le plus ordinairement, à déterminer l'expulsion de mucosités plus ou moins mélangées de chyme, ou même d'une partie des aliments qui viennent d'être ingérés, n'occasionnent pas d'accident du côté de l'utérus; mais quand ils sont très fréquents, très intenses, et que les efforts se reproduisent avec violence, même dans la vacuité de l'estomac, il est rare qu'ils n'occasionnent pas l'hémorrhagie utéro-placentaire, et par conséquent l'avortement. Cet épiphénomène de la grossesse produit d'autant plus facilement ce fâcheux effet, qu'il survient en général à ce degré chez les femmes débiles et nerveuses (1397), ou chez des sujets pléthoriques, ou encore chez des femmes affectées d'un certain degré de phlegmasie de l'ovaire et de l'utérus, toutes conditions immédiatement prédisposantes à cette hémorrhagie.

L'efficacité de ces causes n'est que relative, comme celle des causes physiques extérieures; l'hémorrhagie utéro-placentaire ne se manifeste quelquefois pas malgré la plus grande intensité dans l'action de ces causes, tandis que

[1] *Obs. sur les accouch.*, obs. XXVIII, p. 26.
[2] *Comment. in Boerh. aph.*, t. IV, p. 497.
[3] *Obs. sur les accouch.*, t. II, p. 142.

d'autres fois il suffit qu'elles se développent avec quelque activité pour que l'hémorrhagie survienne; il faut cependant considérer comme des cas exceptionnels ceux dans lesquels la présence de ces causes est sans effet sur la grossesse. Tralles a cité comme un exemple remarquable de cette exception le fait d'une femme qui porta à terme trois grossesses successives, quoiqu'elle eût éprouvé pendant ces trois gestations une toux très intense [1]. Nous pourrions rapporter, comme fait semblable, une observation sur une dame qui a conduit à terme deux grossesses, malgré de violentes quintes de toux et une dyspnée telles, qu'elle a passé à chacune de ces grossesses quatre mois, jours et nuits, dans un fauteuil; tous ces accidents dépendaient d'un asthme dont elle est affectée depuis longtemps au plus haut degré. Nous pourrions rapprocher de ce fait, pour empêcher qu'on n'en généralise trop les conséquences, l'exemple d'une autre dame, également asthmatique par suite d'un emphysème pulmonaire, qui est prise à chaque grossesse de toux très fréquente revenant par quintes, avec une dyspnée excessive, et qui a eu sept avortements de deux à quatre mois de grossesse, malgré toutes les précautions prises pour les prévenir; tous ces avortements ont été précédés ou déterminés par des hémorrhagies utéro-placentaires.

Des excitations directes portées sur l'utérus considérées comme causes de l'hémorrhagie utéro placentaire.

1401. Les excitations directes portées sur l'utérus sont fréquemment suivies de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Parmi ces excitations, celle qui résulte du coït semble la plus propre à produire ce fâcheux effet; il n'est presque pas d'observateur qui ne l'ait signalée [2]. Le coït n'agit pas seulement dans ce cas par son action sur la matrice, il occasionne aussi un état d'orgasme du système nerveux, auquel participe tout l'appareil musculaire; cet ébranlement nerveux est éminemment propre à provoquer dans l'utérus

[1] *Tract. de opio, etc.*, t. IV, p. 102, in-4°.
Zimmermann, *Von der Erfahr.*, th. II, p. 396.

un état spasmodique, et dans son appareil circulatoire une hyperaimie exagérée.

Les injections stimulantes, ou seulement émollientes et chaudes, poussées avec force dans le vagin, favorisent aussi les hémorrhagies utéro-placentaires. Les bains de siége chauds trop prolongés, dont l'action est si éminemment propre à favoriser la production des métro-hémorrhagies (1255), ont peut-être encore plus d'efficacité pour déterminer celles qui nous occupent.

Des commotions morales considérées comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1402. Les commotions morales vives ont sur les femmes grosses, en raison de la susceptibilité plus grande que la grossesse développe en elles pour toutes les impressions, une influence plus prononcée pour la production des hémorrhagies utéro-placentaires que pour occasionner les métro-hémorrhagies dans l'état de vacuité de l'utérus (1257). Il n'est aucune passion vive dont l'influence fâcheuse, comme cause productrice de l'hémorrhagie utéro-placentaire, ne puisse être démontrée par des faits. Les commotions morales déterminent d'autant plus promptement cette affection qu'elles sont de nature à exercer un ébranlement plus considérable. Peu rapporte qu'une femme, qui approchait du terme de sa grossesse, eut une colère subite en voyant maltraiter son enfant; elle ressentit immédiatement quelque chose d'insolite en elle, et prédit qu'elle en mourrait. Quelques jours après, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine qui la fit périr dans les convulsions [1]. Van-Swieten a vu survenir cette hémorrhagie, qui fut suivie d'avortement, chez une femme effrayée par un incendie [2]. Le même accident a été observé par Morgagni, chez une femme grosse de cinq mois, qui fut subitement frappée par la nouvelle inattendue de la mort de son mari [3].

La continuité des passions tristes occasionne aussi les

[1] *Prat. des accouch.*, l. I, ch. VIII, p. 70.
[2] *Comment. in Boerhaavii aph.*, t. IV, p. 497.
[3] *De sed. et caus. morb.*, epist. XLVIII, art. 18.

hémorrhagies utéro-placentaires et l'interruption de la grossesse. Schmidtmann rapporte qu'une femme, tourmentée par une belle-mère qui lui rendait la vie pénible, eut successivement cinq grossesses interrompues par des hémorrhagies utérines. Elle quitta la maison pour se soustraire à cette tyrannie domestique; elle eut ensuite plusieurs enfants et n'éprouva plus d'hémorrhagie [1].

Des hémorrhagies utéro-placentaires considérées comme causes prédisposantes de leurs propres récidives.

1403. En tête des causes pathologiques des hémorrhagies utéro-placentaires, il faut placer ces maladies elles-mêmes. L'aptitude à se reproduire dans plusieurs grossesses successives est si grande pour ces hémorrhagies, qu'il est très commun de voir des femmes qui, après en avoir été atteintes, même par suite de l'influence de causes passagères et extérieures, l'ont ensuite éprouvée dans toutes leurs grossesses. C'est ainsi que les avortements se reproduisent chez des femmes qui en ont été déjà affectées. Morgagni rapporte qu'une femme chez qui la gestation avait été interrompue par suite d'une commotion morale, eut ensuite vingt-trois avortements sans aucune cause occasionnelle appréciable. C'était toujours vers le troisième mois de la grossesse que cet accident se renouvelait [2].

Des métro-hémorrhagies considérées comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1404. L'habitude des métro-hémorrhagies, et surtout l'état de métro-hémorrhagie chronique, sont les conditions les plus favorables pour la production des hémorrhagies utéro-placentaires; les femmes qui en sont affectées deviennent rarement grosses, et lorsqu'elles le deviennent, elles arrivent plus rarement encore au terme de leur grossesse; une perte de sang utéro-placentaire vient ordinairement dès les premiers mois empêcher la gestation de continuer. Dans les cas les plus heureux, un état d'hyperaimie utérine qui rend l'hémorrhagie toujours imminente et qui la produit si on ne la prévient par un traitement

[1] *Summa obs. med.*, t. III, p. 73.

[2] *De caus. et sign. morb. per anat. indagatis*, epist. XLVIII, art. 19.

bien ordonné, persiste pendant une grande partie de la grossesse.

1405. Les états pathologiques, qui entretiennent une congestion sanguine dans l'appareil vasculaire utérin ou dans les vaisseaux des parties voisines de l'utérus, prédisposent immédiatement aux hémorrhagies utéro-placentaires. Cet effet est d'autant plus facilement produit que la matrice, par le fait même de la grossesse, est dans un état de turgescence qui appelle facilement sur elle une congestion considérable par l'extension de l'hyperaimie qui peut se produire dans l'appareil vasculaire des parties environnantes (1425). Ainsi, nous avons vu survenir deux fois l'hémorrhagie utéro-placentaire et l'avortement chez une femme qui était sujette à des hémorrhoïdes considérables qui s'aggravaient encore du troisième au quatrième mois de la gestation. Le soin que nous avons pris, dans une troisième grossesse de cette femme, de prévenir la congestion des vaisseaux hémorrhoïdaux, et la tuméfaction et le renouvellement des tumeurs hémorroïdales par de petites saignées générales, et par l'administration des lavements froids, a suffi pour prévenir le retour imminent de l'hémorrhagie utéro-placentaire et l'interruption de la grossesse.

Des congestions sanguines utérines considérées comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1406. La manifestation de varices aux extrémités, aux grandes lèvres et au vagin, est un accident commun dans la grossesse. Cette congestion sanguine veineuse est l'effet évident des modifications que l'état de grossesse imprime à la circulation dans le bassin; si elle se produit à un haut degré, elle indique une extrême aptitude à la production d'une hyperaimie que l'utérus et ses annexes finissent par partager. Il y a là une cause directe d'hémorrhagie utéro-placentaire dont il faut modérer l'étendue et les effets. Si l'on veut combattre cette congestion veineuse en resserrant ses limites extérieures, comme on le fait par la compression exercée sur les veines des jambes et des

De la production des hémorrhagies utéro-placentaires après la disparition de varices des extrémités.

cuisses, on la fait aisément gagner en étendue supérieurement tout l'espace qu'on lui ôte inférieurement; on détermine ainsi son extension à l'appareil vasculaire utérin et l'on peut produire l'hémorrhagie utéro-placentaire. Madame Boivin a vu deux fois cette hémorrhagie survenir et interrompre la gestation après la constriction établie sur les jambes variqueuses par des bas lacés [1].

Effet hémorrhagipare des dérivatifs appliques aux extrémités inférieures.

1407. Les applications de sangsues à la vulve en petite quantité, les petites saignées du pied, qui ont plutôt pour résultat d'activer la circulation dans l'appareil vasculaire inférieur que d'évacuer cet appareil, sont des moyens bien connus pour l'effet hémorrhagipare qu'ils ont sur l'utérus. Ils sont d'autant plus facilement suivis de la production des hémorrhagies utéro-placentaires qu'ils ne font que favoriser pendant la grossesse le molimen hémorrhagique que cet état physiologique rend déjà imminent (1425). Le même effet résulte des pédiluves fréquemment répétés, des bains de siége pris à une trop haute température, des bains de vapeurs utérins, des lavements trop chauds, de l'administration de purgatifs drastiques; l'effet immédiat de ces moyens est toujours d'imprimer à la circulation une plus grande activité vers les organes utérins et d'exagérer ainsi la congestion utérine.

Des maladies du tissu de l'utérus considérées comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1408. L'inflammation de l'utérus et les hétéro-sarcoses de ce viscère ont été notées par presque tous les auteurs comme des causes fréquentes de l'avortement. Il est possible que cet accident ne soit pas dans ces cas toujours déterminé par une hémorrhagie utéro-placentaire, résultat immédiat de ces maladies; nous n'avons pas été à même de recueillir un assez grand nombre d'observations cliniques sur ces affections, d'ailleurs assez rares, pour pouvoir le décider; cependant nous avons conservé des notes sur trois faits dans lesquels l'interruption de la grossesse, survenue sous l'in-

[1] *Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'utérus*, p. 144, in-8° Paris, 1819.

fluence de ces conditions pathologiques, a été en réalité le résultat de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Dans un de ces cas où l'utérus devint le siége d'une phlegmasie qui se termina d'une manière funeste, l'hémorrhagie fut évidente; elle parut et se suspendit plusieurs fois pendant un mois avant la parturition; nous trouvâmes ses vestiges sur le placenta. Dans un autre cas, l'utérus était le siége de tumeurs fibreuses; l'hémorrhagie utéro-placentaire ne fut pas évidente, mais sa présence fut démontrée par des foyers hémorrhagiques déjà anciens dans l'épaisseur du placenta, qui était flétri et infiltré de sang coagulé, fibrineux, et à demi décoloré. Chez la troisième femme, le museau de tanche était très tuméfié et induré par suite d'une phlegmasie chronique qui existait avant la grossesse. L'accouchement anticipé survint au cinquième mois avec une hémorrhagie abondante, et le placenta sortit enveloppé d'une couche fibrineuse stratifiée, solidement adhérente à sa surface utérine. Le fœtus était dans un état d'altération avancée qui indiquait qu'il avait cessé de vivre depuis un certain temps. Le cordon, ramolli et macéré, se rompit dans l'accouchement.

Des phlegmasies des ovaires et des trompes considérées comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

1409. Parmi les causes pathologiques des hémorrhagies utéro-placentaires qui interrompent la plupart des grossesses qui se terminent par avortement, nous regardons comme l'une des plus fréquentes l'inflammation des trompes et des ovaires. La présence de cette phlegmasie, reconnaissable par des symptômes bien tranchés qui seront décrits ailleurs, sur la plupart des femmes qui ont avorté, et sur le part desquelles nous avons presque toujours trouvé les vestiges de l'hémorrhagie utéro-placentaire; la prévision presque toujours réalisée de la manifestation de cette hémorrhagie, et par elle de l'interruption de la grossesse quand on reconnaît l'existence de cette inflammation, sont des faits d'observation clinique que nous sommes à même de constater si souvent, que nous ne pouvons con-

server de doute sur la connexion, sinon constante, au moins des plus fréquentes, de ces deux conditions pathologiques.

L'inflammation de l'ovaire et de la trompe est souvent consécutive aux avortements; elle survient fréquemment aussi d'une manière idiopathique; elle persiste sur un grand nombre de femmes sous une forme chronique. Nous la considérons comme la cause immédiate la plus ordinaire de ces hémorrhagies utéro-placentaires qui se reproduisent sur un grand nombre de femmes pendant plusieurs grossesses consécutives. La présence de cette phlegmasie, constatée par des signes évidents, nous met ainsi souvent à même d'assigner une cause pathologique indirecte aux irrégularités de la menstruation, à l'impossibilité de concevoir et aux interruptions habituelles des grossesses qui persistent pendant longtemps chez des femmes après que des avortements sont survenus.

De diverses maladies aiguës qui produisent les hémorrhagies utéro-placentaires.

1410. Les maladies aiguës, chez les femmes grosses, sont toujours dangereuses [1]; elles le deviennent surtout en occasionnant des hémorrhagies utéro-placentaires, dont la suite immédiate est d'abord l'interruption de la grossesse et souvent la mort de la femme. C'est là surtout ce que produisent pendant la gestation les fièvres continues graves que l'on a désignées sous les noms de fièvres gastriques et bilieuses, comme la fièvre épidémique de Lille de 1758, dont Boucher nous a conservé l'histoire, dans laquelle on observait de fréquentes métro-hémorrhagies chez les femmes qui n'étaient pas grosses, et des hémorrhagies utérines avec avortements chez les femmes qui se trouvaient dans l'état de gestation [2]. Toutes les fièvres exanthématiques graves, et surtout la variole, la scarlatine, la rougeole, sont aussi très fréquemment suivies d'hémorrhagies utérines et

[1] *Gravidam mulierem morbo acuto corripi periculosum.* Hipp., aph. 81, sect. v.

[2] *Journ. de méd. de Vandermonde*, t. x, février 1759.

d'avortements. Les phlegmasies des grands viscères, et surtout celles qui exercent une grande influence sur la circulation, comme les hépatites, les pneumonies, etc., se compliquent très souvent de l'hémorrhagie utéro-placentaire. C'est ordinairement au plus haut degré de l'état fébrile que cet accident se manifeste; il arrive avec d'autant plus de facilité que la femme se trouve plus avancée dans la gestation [1]. La fâcheuse influence de ces maladies aiguës sur la grossesse est souvent encore augmentée par les symptômes qu'elles déterminent, indépendamment du trouble dans la circulation qui résulte de leur nature même. Ainsi les maladies aiguës qui produisent une toux intense et prolongée, comme certaines phlegmasies thoraciques; celles qui occasionnent de violents efforts de vomissements, ou des selles fréquentes avec ténesme, comme certaines phlegmasies abdominales; enfin, les maladies aiguës qui occasionnent des accidents convulsifs, comme quelques phlegmasies cérébrales; toutes ces maladies, produisant des contractions musculaires spasmodiques qui retentissent sur l'utérus, peuvent par ces symptômes même occasionner l'hémorrhagie utéro-placentaire (1400).

L'hémorrhagie utéro-placentaire arrive plus souvent encore que la métro-hémorrhagie (1259), comme symptôme des affections vermineuses; elle était fréquente dans l'épidémie vermineuse dont Van der Bosch nous a transmis l'histoire [2].

Plater a observé quatorze grossesses interverties par l'avortement sur une dame affectée d'une néphrite calculeuse [3]. Fallait-il attribuer tous ces accidents à la maladie des reins? Mauriceau, qui met aussi les douleurs néphrétiques au nombre des causes qui provoquent les accouchements anticipés, attribue cet effet aux vomissements violents

[1] Rivière, *Prax. med.*, lib. XV, cap. XVI.
[2] *Hist. constit. epid. vermin.*, p. 104.
[3] *Obs. med.*, lib. II, p. 468.

et répétés dont elles sont habituellement accompagnées[1].

Influence des contractions utérines sur la production de l'hémorrhagie utéro placentaire dans la parturition.

1411. Les contractions utérines régulières, pour l'accomplissement de la parturition, lorsqu'elles sont prolongées et impuissantes par suite d'obstacles à l'acouchement provenant soit de la position de l'enfant, soit de la conformation vicieuse des parties de la mère, peuvent déterminer le décollement du placenta qui, dans l'ordre physiologique, ne doit arriver qu'après la sortie du fœtus. Il en résulte ces hémorrhagies utéro-placentaires si graves, qui surviennent pendant le travail de la parturition (1338). Smellie a rapporté des faits dans lesquels le décollement du placenta et l'hémorrhagie utéro-placentaire ont été le résultat du travail de la parturition infructueusement prolongé par suite de la position vicieuse de l'enfant[2].

Influence de la brièveté du cordon et des mouvements de l'enfant sur la production de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1412. Mauriceau a mis au nombre des causes des hémorrhagies intra-utérines des femmes grosses la brièveté du cordon ombilical, soit réelle, soit n'existant que parce que le cordon est contourné autour du corps, du cou ou des membres de l'enfant. Il explique ces hémorrhagies par le décollement du placenta occasionné par le tiraillement du cordon dans les mouvements de l'enfant[3]. Nous ne concevons pas ce mode de production des hémorrhagies; les mouvements de l'enfant, nécessairement limités dans l'utérus, ne sont pas assez puissants pour décoller le placenta, soutenu par les eaux qui distendent l'œuf au devant de lui; le cordon d'ailleurs n'est jamais si court que cet effet puisse se produire; il faudrait aussi qu'il fût instantané, car le cordon s'allonge progressivement pendant la grossesse, et les mouvements de l'enfant, par la traction qu'ils occasionnent sur lui, sont une des causes d'allongement. On comprend mieux la possibilité du décollement du placenta,

[1] *Traité des maladies des femmes grosses*, etc., liv. I, chap. XIII, p. 130, 3e édition, Paris, 1681.

[2] *Observations sur les accouchements*, t. III, obs. IX, p. 217.

[3] *Loc. cit.*, l. I, ch. XXI, p. 153, 3e édition, Paris, 1681.

et par suite d'une hémorrhagie au moment de l'accouchement, sous l'influence des contractions utérines, quand le cordon est trop court. Mauriceau admet aussi cet accident expliqué de cette manière [1]. Il faut cependant reconnaître que l'observation confirme bien rarement ces inductions théoriques; ce n'est point une chose rare que de rencontrer la brièveté relative ou absolue du cordon au moment de l'accouchement, et l'on ne voit pas plus souvent dans ces cas la parturition se compliquer d'hémorrhagie utérine.

De l'implantation anomale du placenta comme cause d'hemorrhagie utéro-placentaire.

1413. Tous les auteurs qui ont parlé des maladies qui peuvent troubler la marche de la grossesse ont signalé, parmi les causes qui déterminent des hémorrhagies pendant la gestation, l'implantation du placenta sur le col de l'utérus (1348 *et sqq.*). Cette disposition anomale a en effet pour résultat de déterminer une extravasation de sang utéro-placentaire, lorsque, par le développement successif de la matrice, la cavité du col vient concourir à former la grande cavité utérine. Le propre de cette cause d'hémorrhagie est de ne manifester ses effets que lorsque le rapport anomal du placenta avec la muqueuse du col s'est établi; c'est vers le cinquième mois de la gestation que l'évolution successive de l'utérus amène cette condition véritablement hémorrhagipare. Ses effets sont proportionnés à l'étendue de la surface placentaire qui se trouve en rapport avec la muqueuse du col utérin, et c'est encore un caractère de cette cause d'hémorrhagie qu'elle devient de plus en plus puissante à mesure que le développement de la matrice devient plus grand et amène une partie plus considérable du délivre en contact avec la muqueuse du col (1435).

Fréquence de l'implantation du placenta sur l'orifice du col utérin.

1414. L'implantation anomale du placenta sur l'orifice du col utérin est très commune. Madame Lachapelle n'attribue pas à d'autres causes l'hémorrhagie qui survient dans les trois derniers mois de la gestation; les observations de Rigby, dont nous avons rapporté le résultat (1348), tout

[1] *Ibid.*, l. II, ch. XXVII, p. 323.

en montrant que cette assertion est trop générale, attestent cependant la fréquence de cette implantation anomale. Si dans la pratique l'on n'assigne pas plus fréquemment cette cause aux hémorrhagies des femmes grosses, c'est que, comme le plus souvent il n'y a qu'un segment peu étendu du placenta en rapport avec l'orifice du col, l'hémorrhagie peut cesser par l'atrophie qui survient dans les cotylédons du bord du placenta qui sont en rapport avec la muqueuse du col (1386), en sorte que beaucoup d'accoucheurs inattentifs ne reconnaissent l'implantation anomale du placenta que lorsqu'elle se fait par une grande surface.

Art. IV. Des causes immédiates et de la nature des phénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires.

De la nécessité de chercher l'interprétation des phénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires dans les conditions physiologiques inhérentes à l'incubation intra-utérine.

1415. Le principe fondamental de notre philosophie est de chercher dans l'anatomie et la physiologie les moyens d'apprécier la nature et les effets de toutes les conditions anomales qui constituent les maladies. Ce principe est plus spécialement applicable encore à toutes les recherches sur les causes immédiates et la nature des hémorrhagies utéro-placentaires, à cause des rapports très étroits qui rattachent les phénomènes de ces maladies à ceux de la gestation. On ne peut bien concevoir les phénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires, tant pour les lésions intra-utérines qu'elles produisent que pour les désordres qu'elles occasionnent dans l'organisme, que par l'appréciation de tous les actes qui s'accomplissent et se succèdent dans l'utérus et son contenu pendant la gestation. Il n'est aussi possible de se rendre raison de la nature, du mode d'action et de s effets des causes de ces hémorrhagies que par les rapports physiologiques qui s'établissent entre l'œuf et l'utérus, et par les modifications que subissent ces rapports aux divers temps de l'incubation intra-utérine.

De la forma-

1416. Le premier phénomène de l'incubation intra-uté-

rine est la formation de la membrane caduque sur les parois de la cavité de la matrice; les villosités intra-utérines, que nos recherches sur la menstruation nous ont fait connaître et qui sont bien plus prononcées après la conception (1122), paraissent constituer ses premiers rudiments. Cette membrane est formée à la fin de la deuxième semaine après la conception; elle augmente de densité et de vascularité jusqu'au commencement de la quatrième semaine. La membrane caduque a une ligne environ d'épaisseur, et ressemble à la couenne du sang; elle est spongieuse, d'un gris rougeâtre; elle contient des vaisseaux qui proviennent des vaisseaux utérins et qui se déchirent avec une extrême facilité [1]; elle n'adhère que faiblement à la surface utérine par des villosités floconneuses et vasculaires. Le tissu de la caduque se continue sur les orifices des trompes et du col utérin avec un fluide muqueux très mou, comme gélatineux, qui remplit ces cavités tubaires et le tiers inférieur de la cavité utérine où il constitue comme une portion non encore organisée de la caduque [2].

tion de la caduque et de l'origine des hémorrhagies qui en proviennent.

Cette première période de la gestation nous montre déjà l'existence intra-utérine d'un feuillet membraneux organisé, ayant des vaisseaux qui proviennent des vaisseaux utérins, et derrière lequel ces derniers peuvent verser accidentellement du sang; tel est nécessairement le siége des hémorrhagies intra-utérines qui surviennent au commencement de la gestation (1311, 1362). Ainsi s'accomplissent les hémorrhagies utérines qui semblent n'être qu'une hémorrhagie menstruelle retardée, qui occasionnent si souvent l'interruption de la grossesse commençante, surtout chez les femmes abondamment menstruées et sujettes aux métro-hémorrhagies (1436).

1417. L'œuf descend dans l'utérus par le canal de la

Formation de la caduque réfléchie. Conséquence qui résulte de sa structure pour la production des

[1] Bischoff, *Beitrage zur Lehre von den Eihuellen des menschlichen Fruchts*, p. 23.

[2] Valentin, *Handbuch der Entwickelungesgeschichte des Menschen*, p. 55.

hémorrhagies utéro-placentaires.

trompe qui le dépose au milieu de la matière mucoso-gélatineuse qui se trouve à son orifice inférieur derrière la membrane caduque. L'ovule en se développant repousse vers la cavité utérine la caduque qu'il renverse sur elle-même; ainsi se forme, par l'augmentation progressive du volume de l'œuf, la seconde partie de la caduque, qui est la caduque réfléchie [1], dans laquelle se trouvent des vaisseaux qui se continuent avec ceux de la caduque utérine au collet que forme son renversement. Ces vaisseaux se ramifient en affectant une disposition palmée, que Bischoff a décrite (1416), et que nous avons pu constater très aisément deux fois, en examinant sous l'eau des œufs du volume d'une noisette expulsés par avortement.

Peu importe, pour le sujet qui nous occupe, que la caduque utérine se continue ou non derrière l'œuf, et que la caduque réfléchie se forme aux dépens de toute l'épaisseur ou seulement d'une lame de la caduque utérine; il n'en résulte pas moins qu'à la sixième semaine de la gestation la caduque est exactement disposée comme une membrane séreuse qui a, à l'égard de l'œuf, par sa partie réfléchie, la même disposition que la partie réfléchie de la tunique vaginale par rapport au testicule, tandis que l'autre moitié forme, par rapport à l'utérus, une tunique pariétale. Il en résulte encore ce fait important, que la circulation dans cette membrane provient de l'utérus, et qu'elle peut devenir le siége d'une hémorrhagie par l'influence d'un état anomal d'hyperaimie provoqué dans l'utérus (1405).

Causes immédiates de l'implantation anomale du placenta dans l'utérus.

1418. C'est à cette période de la gestation que s'opère l'adhérence de l'œuf avec les parois utérines, et que s'établit par conséquent la condition d'implantation anomale du placenta (1348) qui deviendra plus tard une cause immédiate d'hémorrhagie (1413). L'implantation, dans l'état physiologique, doit se faire au voisinage de l'orifice des

[1] Hunter, *Anat. uteri gravidi*; p. 34, fig. 9. — Bock. *Dissert. de memb. decidua Hunteri.* Bonn, 1831, in-4°.

trompes vers le fond de l'utérus (1310). C'est dans cette partie que le plexus vasculaire utérin est le plus serré et le plus riche. L'implantation anomale ayant son siége à la partie inférieure de l'utérus, au voisinage ou même sur le plan de l'orifice interne du col, ne peut s'établir que par la descente de l'œuf, derrière ou dans l'épaisseur de la caduque, jusqu'à un plan inférieur à celui auquel il s'arrête ordinairement. Cette condition peut arriver par plusieurs causes immédiates. 1° Si la trompe, qui s'insinue dans l'utérus en glissant obliquement entre ses plans, arrive dans cet organe à sa partie inférieure, l'œuf sera déposé au voisinage du col. Ce vice de conformation existe quelquefois : nous l'avons rencontré sur le cadavre; l'observation ne nous a point appris s'il entraîne l'inconvénient que nous venons de supposer, on en doit douter quand on remarque que l'implantation vicieuse du placenta ne se montre pas dans toutes les grossesses de la même femme; l'on ne peut donc considérer cette induction théorique comme confirmée par l'observation. 2° Si le tissu encore peu solide de la caduque ne fixe pas immédiatement l'œuf à son arrivée dans l'utérus, on conçoit qu'il puisse s'abaisser et aller occuper une partie plus déclive. 3° La même chose pourra encore se produire si la masse de mucus comme gélatineux, qui se prolonge dans la partie inférieure de la trompe et descend par son orifice derrière la caduque, écarte cette membrane de l'utérus dans une trop grande étendue en s'insinuant derrière elle. Ce sont là des hypothèses, mais elles n'ont rien qui répugne au physiologiste qui sait combien il peut y avoir de variations dans la quantité, dans la densité, et même dans la nature des produits des sécrétions. L'analyse des faits que nous avons pu rassembler, tant d'après les auteurs que par nos propres observations cliniques, ne nous a mis dans le cas de découvrir aucun état morbide utérin évident coïncidant avec l'implantation anomale du placenta et pouvant la motiver.

Causes immédiates des hémorrhagies dans le feuillet d'adhérence de l'œuf à l'utérus après la soudure des deux caduques.

1419. De la sixième semaine jusqu'à la douzième, à mesure que l'œuf devenu adhérent à l'utérus se développe, la caduque réfléchie, dont la structure est la même que la caduque primitive, augmente d'épaisseur et devient de plus en plus vasculaire; la caduque primitive diminue, pendant ce temps, et de densité et d'épaisseur. De la quatorzième à la seizième semaine, les deux feuillets de la caduque, amenés en contact par le développement progressif de l'œuf, se soudent. L'œuf alors remplit presque toute la cavité utérine; mais une couche cellulo-vasculaire, formée par l'agglutination des deux feuillets de la caduque, est interposée entre l'œuf et les parois de la matrice; les vaisseaux qui rampent dans cette couche dépendent des vaisseaux utérins [1] (1416); là encore se trouve toujours une grande facilité pour la production des hémorrhagies par l'influence des différentes conditions hémorrhagipares que peut présenter l'appareil vasculaire utérin. C'est ainsi que nous rencontrons toujours, pendant les premières périodes de la grossesse, la cause immédiate de la facilité avec laquelle se produisent les hémorrhagies intra-utérines qui détruisent la gestation dans les mêmes circonstances qui font naître les métro-hémorrhagies (1240).

Des conditions hémorrhagipares qui naissent du travail de formation originelle du placenta.

1420. Au point où s'opère le renversement en dedans de la caduque, l'œuf se trouve en contact avec l'utérus, soit immédiatement, suivant quelques anatomistes, soit médiatement par l'interposition d'un feuillet externe de la caduque, suivant les anatomistes qui pensent que l'œuf est déposé au milieu du tissu de cette membrane. Toujours est-il que c'est à ce point de l'utérus, qui correspond au collet de la caduque réfléchie, que naît le placenta, organe par l'intermédiaire duquel l'œuf tire son élément de nutrition de l'appareil vasculaire utérin.

La formation du placenta s'opère simultanément sur les

[1] Carus, *Zur Lehre von Schwangerschaft*, t. II, p. 9.

surfaces opposées de l'utérus et de l'œuf, et par conséquent par un acte organique double qui procède en même temps des deux organes appliqués l'un à l'autre.

A la fin de la quatrième semaine, le point de l'utérus correspondant à l'œuf, au centre du collet de réflexion de la caduque, se couvre d'une couche plastique pseudo-membraneuse, dans laquelle se prolongent les vaisseaux utérins, parfaitement reconnaissables à la douzième semaine de la gestation. Ces vaisseaux n'ont pas alors moins d'une ligne de diamètre; ils se terminent presque sans se ramifier dans des vacuoles vésiculeuses qui font sur la surface utérine en ce point une saillie de deux ou trois lignes, et qu'il est facile d'injecter par l'appareil vasculaire utérin [1]. Ce disque pseudo-membraneux vasculaire et mamelonné constitue le disque placentaire utérin.

Pendant que cet acte organique s'accomplit du côté de l'utérus, les vaisseaux omphalo-mésentériques de l'embryon, ramifiés dans le chorion, dépassent l'épaisseur de cette membrane et forment à sa surface externe dans l'exo-chorion des excroissances mamelonnées qui correspondent à celles qui se forment en même temps sur le disque placentaire utérin. Ces mamelons s'appliquent les uns aux autres, et s'insinuent dans leurs interstices réciproquement correspondants. Suivant Weber, les ramifications vasculaires extrêmes des mamelons de l'exo-chorion, qui constituent le disque placentaire fœtal, s'introduisent dans les renflements vasculaires du disque placentaire utérin, en refoulant la membrane qui les limite de manière à s'en faire comme une enveloppe [2]. Quoi qu'il en soit, la superposition et la soudure par intrication des deux disques placentaires est un fait incontestable; on peut encore les séparer par la macération au milieu de

[1] Wrisberg, *Commentationes*, p. 338. — Reuss, *novæ observ. circa structuram vasorum in placenta*, p. 12.

Handbuch der anatomie, t. IV, p. 496.

la gestation; le disque utérin a alors environ quatre lignes d'épaisseur; le disque fœtal est mal limité et a au plus une ligne et demie.

Nous trouvons dans le travail organique de formation du placenta de nouvelles causes d'hémorrhagies par l'appareil vasculaire qui se crée aux dépens et par une véritable expansion des vaisseaux utérins. Le sang s'extravase d'autant plus facilement sur ce point, que les vaisseaux renflés comme en ampoules, qui proviennent du plexus vasculaire de l'utérus, sont volumineux, facilement perméables à toutes les parties constituantes du sang, et en même temps d'une texture encore peu solide.

La limitation du disque placentaire par le collet de la caduque, devenu à cette période de la gestation d'une plus grande solidité et assez étroitement adhérent à l'utérus d'une part, et à l'œuf de l'autre, circonscrit le foyer que produit l'extravasation sanguine, quand cette extravasation n'est pas assez considérable pour forcer les limites qu'il présente; c'est de là que provient la possibilité des hémorrhagies circonscrites et latentes dans l'épaisseur et à la face postérieure du placenta. C'est ainsi qu'il arrive que ces hémorrhagies, véritablement interstitielles, ne deviennent évidentes qu'après avoir forcé cet obstacle, et par conséquent après avoir été d'abord latentes.

Des causes prochaines des hémorrhagies utéro-placentaires qui proviennent du mode de formation et de développement du placenta.

1421. A partir du milieu de la gestation, le disque fœtal augmente de volume, tandis que la couche placentaire utérine devient plus celluleuse et se raréfie; à la fin de la gestation, ce n'est plus qu'une couche mince, et les mamelons provenant du chorion, agglomérés de manière à former des éminences inégales, ne sont séparés de la surface utérine que par une pseudo-membrane, à trame lâche peu solide, d'une ligne d'épaisseur au plus, qui forme la surface utérine de l'arrière-faix. Dans le dernier mois de la gestation, l'appareil vasculaire fœtal diminue à son tour d'étendue; une grande partie de ses vaisseaux cessent d'être perméables

et se convertissent en filaments blanchâtres comme pénicillés qui vont de la surface fœtale à la surface utérine du placenta.

Le placenta, ainsi formé par l'expansion simultanée du système vasculaire utérin, et du système vasculaire ombilical du fœtus, renferme en lui deux appareils vasculaires superposés qui ne communiquent pas directement, soit par des vaisseaux allant de l'un à l'autre, soit par des anastomoses. Dans la première moitié de la gestation, la couche cellulo-vasculaire utérine constitue la plus grande partie du placenta; dans la seconde moitié, elle s'atrophie pendant que la couche cellulo-vasculaire fœtale augmente. Cette double circonstance est importante pour se rendre raison de plusieurs conditions qui se rapportent à l'origine et à la production de divers phénomènes des hémorrhagies qui surviennent pendant la gestation, surtout pour celles de ces hémorrhagies qui produisent des épanchements circonscrits dans le placenta (1369, 1437). Ces changements nous expliquent comment, après le milieu de la grossesse, le produit de la gestation devient de plus en plus indépendant de l'utérus. On voit aussi là la cause qui rend les hémorrhagies qui se produisent par suite de l'hyperaimie utérine exagérée (1312) de plus en plus difficiles.

Des vaisseaux affectés dans les hémorrhagies utéro-placentaires.

1422. Le sang apporté simultanément dans l'appareil vasculaire de chacun des disques placentaires, reste distinct dans chaque appareil vasculaire fermé qui se trouve dans l'organe. L'hémorrhagie porte sur l'un ou l'autre des appareils vasculaires utérin ou omphalo-mésentérique du fœtus, suivant que l'hémorrhagie affecte plus spécialement une des moitiés du placenta et selon la période de la grossesse, à cause de l'atrophie successive du disque placentaire.

Effets immédiats de l'adhérence du placenta à la paroi utérine.

1423. L'adhérence du placenta à l'utérus se fait sur toute son étendue par l'intrication réciproque des mamelons du disque placentaire, et du réseau vasculaire comme hypertrophié de la surface utérine; elle existe au pourtour de

l'organe par le bord de la caduque réfléchie, changé en un tissu cellulo-vasculaire assez dense et d'une solidité remarquable jusque vers le septième mois de la grossesse. Ce tissu se continue autour du placenta et se fond peu à peu dans la couche celluleuse, dernier débris de la caduque, qui sépare le chorion de la paroi utérine, et qui devient de plus en plus molle et rare en s'éloignant du placenta. C'est à ce cercle qu'est due cette adhérence du bord du placenta, assez solide pour circonscrire et maintenir à l'état latent des foyers hémorrhagiques survenus derrière le placenta, en le désorganisant et le décollant, foyers hémorrhagiques que l'observation clinique montre être assez vastes pour contenir du sang en quantité suffisante pour faire périr la femme (1337). Cette adhérence du placenta, d'autant plus grande que la grossesse est plus éloignée de son terme, à partir du quatrième mois, nous explique comment l'utérus se débarrasse si difficilement de cet organe dans les accouchements anticipés qui arrivent à cette époque; il y a là une cause d'hémorrhagie puerpérale que Mauriceau et Levret ont d'ailleurs indiquée, en insistant sur la difficulté de la délivrance après les fausses couches et sur les accidents qu'elles occasionnent.

De l'adhérence insolite du placenta et de son influence sur les circonstances de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1424. Dans les cas beaucoup plus rares qu'on ne le pense d'adhérence insolite du placenta au moment de l'accouchement à terme, c'est par ce cercle, qui constitue le bord du placenta, que se fait l'adhérence, seulement elle est quelquefois étendue sous le placenta dans quelques points de sa surface utérine par la conversion de quelques parties de l'organe en un tissu cellulo-fibreux peu vasculaire, résultat de l'atrophie accidentelle de quelques mamelons placentaires qu'il n'est pas très rare de rencontrer. Cette disposition des adhérences placentaires nous explique comment les hémorrhagies se produisent entre l'utérus et la surface utérine du placenta, nonobstant l'affrontement de ces deux surfaces qui ne tiennent réellement que par

leurs bords et tout au plus par quelques autres points de leurs plans affrontés.

1425. La gestation apporte, dans la structure de l'utérus, des changements qui ont aussi une grande influence sur la production des accidents hémorrhagiques. Dès le commencement de la grossesse, la matrice devient le siége d'une suractivité vitale qui fait naître à sa surface interne une sorte de phlegmasie dont la formation de la caduque est le résultat (1416). Cette turgescence est partagée par l'ovaire et par la trompe, en raison de l'acte de la fécondation qui détermine la rupture de la vésicule ovarienne et le transport de l'œuf dans l'utérus; elle s'étend jusqu'au museau de tanche, au vagin et même à la vulve : toutes ces parties présentent dès les premières semaines de la grossesse une plus grande activité circulatoire, caractérisée par une injection vasculaire plus prononcée, avec chaleur et gonflement, comme aux époques de la menstruation (1098). Ces phénomènes indiquent la présence dès le commencement de la grossesse d'un état d'hyperaimie d'autant plus favorable à la production d'une hémorrhagie, que dans l'état ordinaire de non-fécondation cet état constitue la première condition d'une hémorrhagie intra-utérine (1241). Ne soyons donc pas surpris que chez les femmes qui ont des menstrues abondantes, chez celles qui sont fréquemment affectées de métrohémorrhagies, la gestation n'arrive le plus souvent pas parce que les premiers phénomènes de la turgescence utérine sont suivis de l'hémorrhagie qui entraîne la caduque encore incomplétement formée et l'ovule fécondé.

De la turgescence utérine du début de la grossesse considérée comme cause immédiate des hémorrhagies utérines.

1426. A mesure que la matrice se développe par suite de la gestation sa texture se modifie, et les changements qu'elle éprouve deviennent des conditions de plus en plus favorables à la production des hémorrhagies; la circulation augmente d'activité dans ses vaisseaux au point qu'à la fin de la grossesse des canaux vasculaires qui, dans l'état ordinaire, n'ont qu'une ligne au plus de diamètre, atteignent deux

Des changements que la grossesse occasionne dans la structure vasculaire de l'utérus considérés comme cause immédiate des hémorrhagies.

ou trois lignes. Le nombre des vaisseaux utérins perméables au sang rouge est alors si considérable, qu'ils forment l'élément anatomique principal de plus de la moitié interne de l'épaisseur des parois utérines. L'appareil vasculaire ambiant participe aussi à cet accroissement d'activité de la circulation utérine; les artères ovariennes, les branches qui proviennent immédiatement et médiatement des artères hypogastriques, augmentent beaucoup de diamètre. Les veines utérines, qui n'ont point de valvules, se développent et forment à la surface interne de la matrice un plexus très serré qui contient des cellules vasculaires semblables à celles des tissus érectiles. Ce plexus communique directement avec les vaisseaux nombreux, courts et à parois de texture molle, qui appartiennent d'abord à la membrane caduque e tensuite au disque placentaire utérin. Qu'il se fasse une rupture même très faible à ces organes de formation récente, dans une semblable disposition des parties, l'hémorrhagie arrive avec une extrême facilité et devient rapidement considérable. L'agrandissement du foyer hémorrhagique, effet immédiat de l'extravasation sanguine elle-même, multiplie et agrandit les sources de la perte de sang, et ajoute encore à son intensité.

Structure du placenta considérée comme cause immédiate d'hémorrhagie.

1427. Le placenta une fois développé constitue lui-même un organe vasculaire, d'autant plus riche en vaisseaux et d'autant plus propre à devenir la source des hémorrhagies, qu'il est plus avancé dans son développement, et que la circulation fœtale se fait avec une plus grande énergie. Sa texture vasculaire, qui l'unit d'un côté à l'utérus et de l'autre à l'œuf, par suite de sa double origine, vient-elle à être lésée, l'extravasation sanguine se fait dans son tissu facile à déchirer, à la fois par les deux ordres de vaisseaux qui s'y rencontrent, les vaisseaux du disque placentaire utérin et ceux du disque fœtal. Or, ces lésions du tissu placentaire, si faciles entre les deux plans intriqués à leur surface des disques superposés qui constituent le placenta,

le sang extravasé par la rupture d'un seul vaisseau produit et agrandit leur étendue d'instant en instant, en s'infiltrant dans ce tissu spongieux, friable, encore à peine organisé.

Structure musculaire de l'utérus considérée comme cause des hémorrhagies.

1428. L'utérus, dans l'état de vacuité, est formé par un tissu cellulaire fibreux, sec, à fibres irrégulièrement entrelacées, au milieu duquel se trouvent un grand nombre de vaisseaux. A la surface interne de la matrice ces vaisseaux sont si nombreux qu'ils forment avec le tissu cellulaire, plus lâche que dans la moitié externe de l'épaisseur de l'organe, une couche presque uniquement vasculaire. A mesure que la matrice augmente de volume et d'épaisseur, sous l'influence de la gestation, il se forme en elle des fibres musculaires qui augmentent de force et de volume avec les progrès de la gestation [1]. Ces fibres musculaires commencent à se développer dans la moitié externe ou abdominale de l'épaisseur des parois utérines [2]. La présence d'une couche musculaire, disposée en faisceaux qui s'étendent du col sur les deux faces utérines jusqu'au fond de l'organe, est déjà évidente au deuxième mois de la gestation. Après le troisième mois, on reconnaît des fibres musculaires transversales qui vont d'un ligament rond à l'autre, en passant sur le fond de l'utérus, et des fibres obliques autour de l'insertion des trompes, puis sur la face postérieure de la matrice des fibres transversales qui vont de l'orifice d'une trompe à l'orifice de l'autre. Après le quatrième mois, on rencontre des fibres partant de l'insertion des ligaments ronds, descendant en bas vers le col et remontant obliquement sur les côtés de la matrice. Le col commence à présenter des fibres annulaires et quelques fibres longitudinales, qui sont très prononcées dans le cinquième mois. A la fin de ce dernier mois, et surtout vers la fin du sixième, on trouve une couche interne de fibres musculaires, très mince, occupant d'abord le col sous sa membrane muqueuse; elle est formée de

[1] Haller, *Elem. physiol.*, t. VIII, p. 64.
Wrisberg, *Commentationes*, p. 300.

fibres annulaires qui perdent de leur volume et s'effacent en remontant dans l'utérus jusqu'aux orifices des trompes, au dessus desquels elles disparaissent; quelques fibres longitudinales, intriquées avec les précédentes, partent du bord du col et vont se perdre aux orifices des trompes.

A la fin du huitième mois toutes les fibres musculaires de l'utérus ont acquis leur plus haut degré de développement [1]. Cet organe est alors formé dans son corps de deux couches évidentes, extérieurement d'une couche musculaire constituée par des fibres longitudinales, transversales et obliques, et intérieurement d'une couche vasculaire formée d'un plexus artériel et veineux qui reçoit une très grande quantité de sang (1426). Le col utérin est presque entièrement musculaire, mais ses fibres sont plus faibles et beaucoup plus rares que celles de la couche externe du corps; elles forment évidemment deux plans, l'un externe, qui se continue avec la couche musculaire externe du corps de l'utérus; l'autre interne, qui semble être le plan externe replié autour de l'orifice inférieur du col pour remonter en s'affaiblissant sous la membrane muqueuse, et aller se perdre en s'atténuant dans la couche cellulo-vasculaire interne de la matrice, autour de l'orifice des trompes.

La connaissance des dispositions des fibres de la couche musculaire de l'utérus explique le mécanisme de la parturition; l'appréciation de ses rapports avec la couche vasculaire turgescente intra-utérine rend compte de l'influence qu'elle exerce sur la production des hémorrhagies utéro-placentaires. C'est sous ce dernier point de vue que nous devons nous en occuper ici.

Nous avons signalé des phénomènes de contraction évidente des fibres musculaires de l'utérus pendant la gestation, et dans les cas où des hémorrhagies utéro-placentaires se manifestent (1314); ces contractions spasmodiques des fibres utérines peuvent être provoquées, soit

[1] Calza, *Archiv. de Reil.*, t. VII, p. 344.

comme symptôme de l'hémorrhagie utéro-placentaire, soit comme effet des causes évidentes qui produisent cette maladie; dans l'un et l'autre cas, elles constituent par elles-mêmes des causes occasionnelles ou adjuvantes de ces hémorrhagies.

Causes immédiates des contractions des parois utérines considérées comme symptômes des hémorrhagies.

1429. Toutes les impressions stimulantes, et à plus forte raison irritantes, exercées sur la surface interne d'un organe creux pourvu d'une couche musculaire, provoquent des contractions de ses parois. L'utérus n'est point exempt de subir cette loi générale; on en trouve la preuve dans les contractions de ses parois, provoquées à dessein par l'introduction de la main ou d'un corps irritant dans sa cavité pour faire cesser son inertie, et dans les contractions spasmodiques du col ou d'une partie du corps de la matrice, par suite de la présence du placenta plus ou moins complétement détaché après l'accouchement, ou même par la présence de simples caillots.

Dans l'hémorrhagie utéro-placentaire, la surface interne de la matrice irritée par le déchirement du disque placentaire et par le foyer sanguin qui se creuse, est douloureusement affectée, comme le prouvent les douleurs lombaires et hypogastriques qui se manifestent (1316). Sa sensibilité, nécessairement augmentée par l'état de turgescence semi-inflammatoire dont elle est le siége, fait qu'elle éprouve à un degré plus prononcé ces impressions irritantes. C'est par suite de ces conditions qu'il se manifeste, comme symptôme de la maladie, des contractions spasmodiques, comme il s'en forme dans d'autres organes pourvus d'une couche musculaire, en semblables circonstances; par exemple, dans l'estomac, dans les intestins, ou dans la vessie, sous l'influence du contact insolite de liquides irritants, et même sous l'influence du contact du sang extravasé. Là se trouve la cause immédiate de ces contractions utérines spasmodiques liées aux hémorrhagies utéro-placentaires, qui se montrent par

des bosselures comme péristaltiques du globe utérin, et par la sensation de mouvements perçus par la femme, et attribués par elle à des mouvements de l'enfant, à une époque de la gestation à laquelle les muscles du fœtus ne sont pas encore contractiles, et à laquelle ce dernier est encore d'ailleurs beaucoup trop faible pour soulever les parois utérines et transmettre ses mouvements. Ce symptôme ne devient évident qu'au troisième mois de la gestation, parce que ce n'est qu'alors que la couche musculaire utérine est assez développée pour qu'il puisse se produire, et encore à cette époque, la direction des bosselures du globe utérin, leur locomotion ne se font-elles que de haut en bas, parce que la couche musculaire est encore presque exclusivement composée de fibres longitudinales. Lorsque la grossesse est plus avancée, la couche musculaire étant plus développée et contenant des faisceaux entrelacés en divers sens, les mouvements spasmodiques sont plus étendus et s'accomplissent suivant différentes directions.

De la production des spasmes utérins comme effet immédiat des causes extérieures des hémorrhagies utéro-placentaires.

1430. Presque toutes les femmes chez lesquelles l'hémorrhagie utéro-placentaire survient par des causes évidentes extérieures (1434) signalent au médecin l'impression d'un mouvement subit qu'elles ont ressenti dans l'utérus, par l'influence immédiate de la cause pathogénique. Chez le plus grand nombre, cette impression continue à se renouveler d'instant en instant, en même temps que des douleurs lombaires et hypogastriques, et des coliques utérines (1316); le médecin peut souvent alors reconnaître, par la main appliquée sur l'abdomen, les bosselures qui se prononcent et se meuvent sur le globe utérin. Ce sont évidemment encore des contractions spasmodiques de la matrice, seulement elles ne trouvent plus, comme dans le cas précédent, leur cause immédiate dans la lésion intra-utérine, mais dans l'effet de l'influence extérieure pathogénique : c'est ainsi qu'elles constituent des prodromes de l'hémorrhagie utéro-placentaire (1314). On peut comparer ces

phénomènes utérins aux vomissements spasmodiques, aux excrétions alvines et urinaires spasmodiques qui surviennent sous l'influence des causes physiques ou morales qui ébranlent l'organisme subitement et d'une manière puissante.

De l'influence immédiate des spasmes utérins sur la production des hémorrhagies utero-placentaires.

1431. Quelle que soit la cause immédiate des contractions spasmodiques de l'utérus, elles favorisent et peut-être même elles occasionnent la production des hémorrhagies utéro-placentaires. On pourrait l'établir comme fait clinique par des observations dans lesquelles on a constaté, après des accouchements anticipés, précédés d'accidents dans lesquels les contractions spasmodiques de l'utérus étaient très prononcées, la présence de plusieurs foyers hémorrhagiques, souvent très limités, dans l'épaisseur du placenta (1323). Ces observations se recueillent en général sur des femmes nerveuses, irritables, débiles, chez lesquelles les mouvements spasmodiques surviennent avec une extrême facilité.

La disposition de la couche musculaire dans les parois utérines, et les rapports de celles-ci avec le placenta, rendent bien raison des accidents qui résultent des contractions spasmodiques de l'utérus. Il est impossible que des contractions de la couche musculaire utérine surviennent sans que la circulation soit modifiée dans la couche vasculaire adjacente (1428). Le plexus vasculaire de cette couche intra-utérine étant pressé irrégulièrement par ces contractions musculaires, le sang doit refluer dans quelques points du disque placentaire, c'est à dire dans la partie de l'appareil vasculaire la plus éloignée de l'action mécanique opérée par la contraction utérine; ce reflux du sang est d'autant plus facile que, d'après la structure des vaisseaux, il n'y a point de valvules qui gênent son déplacement et qui l'empêchent de forcer la capacité et de vaincre aisément la résistance si faible des tuyaux vasculaires du disque placentaire. Qu'une faible ramification vasculaire se rompe et qu'une extravasation sanguine même très cir-

conscrite s'opère, dès que l'infiltration interstitielle du sang a commencé, elle devient par elle-même une cause d'accroissement de plus en plus rapide de son foyer.

Mais là ne se borne pas encore l'influence pathogénique des contractions utérines pendant la gestation; ces contractions irrégulières opérant des resserrements limités à des segments du globe utérin, tiraillent nécessairement les adhérences placentaires, et peuvent en déterminer la rupture et produire encore de cette manière les hémorrhagies. Il ne faut pas comparer ces contractions morbides, qui constituent de vraies crampes utérines, au resserrement progressif des parois de la matrice dans le travail de la parturition; dans ce dernier cas, les contractions se font régulièrement d'une manière égale et successive dans chaque segment de l'utérus, du col vers le fond; il n'y a pas alors ce froncement local des parois utérines qui produit ces bosselures du globe utérin, comme dans les contractions spasmodiques.

Importance des spasmes utérins considérés comme cause de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1432. Quand on a observé un grand nombre de cas d'hémorrhagie utéro-placentaire, on ne peut pas conserver de doute sur l'importance des contractions spasmodiques de la matrice, comme causes occasionnelles immédiates ou au moins comme causes adjuvantes de la plupart de ces maladies; car on les observe dans la plupart des cas, et on les voit se manifester avec d'autant plus d'intensité que la grossesse est plus avancée. Ces spasmes utérins ne manquent presque jamais d'arriver après des causes occasionnelles d'une faible intensité; ils s'interposent entre l'effet immédiat et l'effet hémorrhagipare de ces causes, qui seraient évidemment par elles-mêmes sans influence sur la gestation; l'hémorrhagie n'arrive qu'après qu'ils se sont montrés et qu'ils ont persisté un certain temps. Il y a toujours un rapport manifeste entre leur intensité et leur durée, et l'intensité de l'hémorrhagie et son influence sur la gestation.

1433. La prédisposition immédiate aux hémorrhagies utéro-placentaires ne se trouve pas seulement dans les conditions organiques dont la gestation entraîne le développement dans l'utérus; elle résulte aussi des modifications qui se produisent dans tout l'organisme par le fait même de l'incubation intra-utérine (106).

Des phénomènes que la gestation fait naître loin de l'utérus considérés comme causes des hémorrhagies utéro-placentaires.

Dès le commencement de la grossesse l'on voit survenir des phénomènes qui ont leur siége dans des organes éloignés de l'utérus; ces phénomènes peuvent devenir des causes de congestion utérine et par suite de rupture des vaisseaux naissants et encore peu solides du placenta. Tel est quelquefois le résultat des vomissements opiniâtres, des secousses de hoquet, des quintes de toux, en un mot, de tous les accidents spasmodiques qui arrivent souvent dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse (1409, 1410). On peut citer beaucoup de cas dans lesquels ces phénomènes ne sont suivis d'aucun trouble dans la gestation; mais s'ils ont une extrême intensité, s'ils se prolongent, ou lorsque par une marche insolite de la grossesse, ou par suite de causes accessoires, ils se manifestent après le troisième mois de la grossesse, leurs effets fâcheux sont beaucoup plus à craindre; ils provoquent ordinairement alors les contractions spasmodiques de l'utérus (1430), qui joignent leur influence immédiate à l'effet déjà nuisible qu'ils exercent sur la circulation, il en résulte très souvent la production de l'hémorrhagie intra-utérine, et fréquemment l'interruption de la grossesse.

Dès que la femme a passé le deuxième ou au plus le troisième mois de la grossesse, une activité insolite se montre dans toutes les fonctions nutritives, la digestion est facile et rapide, l'hématose devient très active, la circulation s'accomplit avec énergie, le sang est riche en fibrine et presque toujours couenneux, les veines et même les vaisseaux lymphatiques, d'après l'observation de Cruikshank, augmentent de volume, etc. Tous ces phénomènes,

qui constituent un état de pléthore très prononcé, indiquent la présence de la condition la plus immédiatement favorable à la production des hémorrhagies (112). Il est impossible que l'organe dans lequel la circulation s'accomplit avec une énergie insolite, sur lequel est maintenant concentrée la vitalité exaltée à un haut degré, ne ressente pas plus fortement que toute autre partie l'influence de cet état général de pléthore, ne fût-ce même qu'en raison de sa texture vasculaire (1426).

Mode d'action des causes physiques pour la production des hémorrhagies utéro-placentaires.

1434. Les causes physiques qui impriment un ébranlement plus ou moins violent sont souvent suivies d'hémorrhagies utéro-placentaires. Au premier aperçu, ces causes semblent agir en dérangeant mécaniquement les rapports immédiats du placenta et de l'utérus. On conçoit cette manière d'agir pendant les deux ou trois premiers mois de la gestation, durant lesquels l'utérus n'est pas complétement rempli par l'œuf, qui n'occupe guère que les deux tiers de la cavité de cet organe, le tiers inférieur et le trajet et l'orifice du col étant remplis d'un mucus plus ou moins gélatineux; aussi est-ce à cette première période de la grossesse que les causes physiques entraînent le plus souvent la production de l'hémorrhagie et le décollement de l'œuf. A une époque plus avancée de la gestation, l'on ne peut plus admettre ce mode d'action des causes physiques, l'utérus est rempli par l'œuf, et il ne se trouve aucun vide qui permette un déplacement entre les parties contenues et les parois de la cavité utérine.

Tous les ébranlements physiques déterminent immédiatement une modification plus ou moins grande dans la circulation, due en grande partie aux contractions musculaires qui en sont l'effet direct; les vaisseaux utérins, remplis par une grande quantité de sang, arrivent subitement à un état de distension forcée; il en résulte des ruptures dans les parties où la fragilité des vaisseaux les rend très faciles, c'est-à-dire dans le placenta. Il faut considérer

aussi que par suite des progrès de la gestation l'utérus s'élève au dessus du pubis en s'inclinant en avant, il prend un point d'appui sur la cloison antérieure du ventre et sur les fosses iliaques; les ébranlements physiques augmentant nécessairement et par un véritable choc la pression utérine sur ces plans de sustentation, il en résulte une action qui tend à changer la forme du globe utérin, et ainsi à modifier mécaniquement les rapports de la surface interne de l'utérus avec les organes qui lui adhèrent, c'est-à-dire le placenta. Cette action physique est très puissante, à cause du poids de l'utérus rempli du produit de la conception, qui n'est pas moins de dix livres après le sixième mois, et de seize livres après le huitième. Les ruptures des adhérences et du tissu placentaire sont aussi, dans ces cas, favorisées par les contractions spasmodiques que les ébranlements physiques occasionnent dans les fibres utérines (1430).

Comment l'hémorrhagie se produit dans le cas d'insertion anomale du placenta à l'utérus.

1435. La production de l'hémorrhagie utéro-placentaire, par l'insertion anomale du placenta, s'explique par les circonstances qui se rattachent au développement régulier de cet organe et au développement de l'utérus lui-même.

L'accroissement du placenta ne se fait pas par l'extension successive de ses bords : cet organe reste toujours limité par le collet de la caduque réfléchie (1420); la possibilité de reconnaître les limites de ce collet sur le pourtour du disque placentaire jusqu'au cinquième mois, par conséquent jusqu'à une époque à laquelle le placenta a déjà un diamètre de trois à quatre pouces, ne laisse pas de doute sur ce point. L'accroissement de l'arrière-faix se fait parallèlement à l'extension en surface que prend la partie de l'utérus qu'il occupe, par l'addition successive dans sa substance d'un nombre toujours croissant de mamelons vasculaires. Le disque fœtal étant accommodé lui-même pour son étendue au disque utérin, croît de la même manière sur le chorion qui lui sert de

point d'appui. Cet accroissement par intus-susception de l'utérus et du placenta se constate après l'accouchement par la diminution d'étendue de la surface placentaire utérine, qui s'opère par le retour de l'utérus sur lui-même. Il résulte de ces observations que tant que le placenta n'a pas acquis son développement, il ne peut arriver de changement de rapport entre lui et l'utérus, même lorsqu'il est inséré sur l'orifice du col ; il s'accommode jusqu'à un certain point au commencement de dilatation du col et aux parois de l'utérus, qui se distendent progressivement : aussi ne voit-on pas survenir d'hémorrhagie par implantation vicieuse du placenta avant le cinquième mois de la grossesse, quoique bien avant cette époque le col concoure à l'ampliation de la cavité utérine. Dès la fin du deuxième mois le col a pris intérieurement la forme conique ; il n'est pas raccourci, mais il est dilaté au point d'avoir six lignes de diamètre à son orifice interne; il est rempli de mucosités. Au cinquième mois, le col concourt directement à l'ampliation de l'utérus par l'élargissement successif de dedans en dehors des cercles de son cylindre. A cette époque, le placenta utérin diminue d'épaisseur, s'atrophie et se convertit progressivement en tissu cellulaire extensible, pendant que le placenta fœtal continue à augmenter de volume et surtout d'épaisseur (1421). L'accroissement du placenta en largeur n'est plus alors possible que dans des limites plus étroites que celles que l'agrandissement du cercle du col rendrait nécessaires; il arrive ainsi de nécessité un écartement des adhérences placentaires du centre à la circonférence de l'orifice du col; la muqueuse qui tapisse cette partie de l'utérus vient s'interposer sous la surface du délivre, et ne s'y applique que médiatement en raison de la couche de mucus qu'elle porte à sa surface et que ses cryptes produisent : c'est alors que se manifestent les hémorrhagies ; elles proviennent par transsudation des vaisseaux placentaires. Si le placenta est greffé

sur le col par une partie voisine de son centre, l'écartement du bord du col entraîne les cotylédons placentaires et les sépare; le placenta se rompt, tant par la distension qu'il éprouve, qu'en tendant à s'engager dans la cavité du col (1382 *et sqq.*); ces ruptures sont la cause immédiate des hémorrhagies qui s'opèrent à cette période de la grossesse.

Origine des métro-hémorrhagies au commencement de la grossesse.

1436. Toutes les circonstances que l'observation clinique met à même de constater dans la marche des hémorrhagies utéro-placentaires, aux différentes périodes de la grossesse, sont motivées par les dispositions anatomiques de structure et de rapport du placenta et de l'utérus.

Pendant les trois et même les quatre premiers mois de la grossesse, la partie inférieure de la cavité utérine, comprenant la cavité du col et le segment inférieur de la cavité utérine, ne sont point en rapport immédiat avec l'œuf : elles sont seulement remplies par une masse mucoso-gélatineuse produite par les parois utérines environnantes. Des hémorrhagies par exhalation peuvent s'accomplir sur cette région sans que le travail organique qui prépare l'adhérence de l'œuf à l'utérus soit troublé. Telle est l'origine des règles qui surviennent pendant les premiers mois de la gestation chez les femmes qui ont habituellement des hémorrhagies menstruelles abondantes. Il n'est pas très rare d'observer aussi, dans cette première période de la grossesse, des métro-hémorrhagies qui ne sont suivies d'aucun accident quant au trouble de la gestation. Ces hémorrhagies proviennent de cette partie inférieure de la matrice; on conçoit très bien aussi qu'elles pourraient provenir de parties plus profondes, entre la membrane caduque et la paroi utérine; pourvu que les rapports de l'œuf avec la matrice, qui s'établissent au collet de réflexion de la caduque, ne soient pas interrompus, l'incubation utérine du produit de la conception peut continuer. Les nombreuses occasions de voir la grossesse persister sans trouble après des hémorrhagies survenues dans les premiers mois, autorisent

toujours à admettre la possibilité, à cette période initiale de la gestation, d'une exhalation sanguine dans l'utérus, indépendante de lésion des adhérences immédiates de l'œuf. De nombreuses recherches anatomiques faites après l'accouchement, soit à terme, soit anticipé, sur les annexes du fœtus, dans des cas où de semblables hémorrhagies étaient survenues, ne nous ont jamais fait reconnaître de traces d'extravasations sanguines.

Causes immédiates du siége des hémorrhagies utéro-placentaires dans le placenta aux diverses périodes de la grossesse.

1437. Quand une hémorrhagie utéro-placentaire expulse l'œuf pendant la première période de la grossesse, on ne trouve point de trace de cette hémorrhagie dans l'œuf proprement dit : c'est toujours sur la surface mamelonnée du chorion, où le placenta était en voie de formation, que se trouvent les couches de sang coagulé ou stratifié (1362). L'hémorrhagie a évidemment alors tiré son origine de la surface utérine, au point de développement du disque placentaire utérin (1421).

Quand la grossesse est plus avancée et que les deux disques superposés du placenta existent, l'hémorrhagie utéro-placentaire est plus fréquemment latente et produit, même dans la plupart des cas où elle devient évidente, des foyers hémorrhagiques dans le placenta. Cette circonstance dépend de ce que c'est dans l'épaisseur du placenta que se trouve la jonction des deux appareils vasculaires utérin et fœtal. L'hémorrhagie une fois produite, le foyer creusé par l'hémorrhagie s'étend de l'un et de l'autre côté, mais le plus souvent vers la racine du cordon (1323, 1367), à cause de la facilité avec laquelle cède le tissu spongieux si fragile du placenta fœtal. La disposition des parties dont la structure montre deux appareils vasculaires affrontés et pourtant indépendants, mais seulement séparés par des lamelles vasculaires d'une texture très lâche et facilement perméable[1], rend compte de la fa-

[1] Cette perméabilité extrême du tissu interposé entre les deux appareils vasculaires, qui fait que des injections d'eau arrivent quelquefois par trans-

cilité avec laquelle se produit l'hémorrhagie interstitielle à leur jonction.

1438. Les hémorrhagies intra-placentaires surviennent d'une manière d'autant plus latente que la grossesse approche davantage de son terme naturel, parce que le disque placentaire utérin diminuant progressivement d'épaisseur et de vascularité après le milieu de la grossesse, devient moins perméable au sang, et que l'appareil vasculaire fœtal constitue alors de plus en plus la source principale de ces hémorrhagies. Aussi est-ce après la première moitié de la grossesse qu'on voit si souvent la formation des foyers sanguins dans le placenta entraîner la mort du fœtus, sans provoquer ni hémorrhagie utérine apparente, ni le décollement du placenta, ni la parturition immédiate (1330). Avant cette époque de la gestation, l'hémorrhagie devient souvent évidente et est presque toujours suivie rapidement de l'accouchement anticipé. Les mêmes dispositions anatomiques expliquent les différences que présentent ces hémorrhagies dans leurs effets sur la circulation de la mère. Des foyers plus ou moins étendus se creusent dans le placenta et font périr le fœtus sans que la mère éprouve d'accidents oligaimiques considérables; tandis que lorsque l'hémorrhagie survient avant le milieu de la grossesse et détache le placenta en désorganisant sa couche utérine, il arrive souvent, même sans que le sang paraisse au dehors, des symptômes de déperdition sanguine très alarmants.

Causes immédiates des différents phénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires suivant les périodes de la gestation.

1439. Les actes de la parturition deviennent, quand ils sont troublés, la cause immédiate d'hémorrhagies utérines toujours très graves pour la mère, par suite de la grande étendue de l'appareil vasculaire qui les fournit. Dans

Causes immédiates des accidents des hémorrhagies utéro-placentaires qui compliquent la parturition.

sudation d'un appareil vasculaire dans l'autre, quand on les fait surtout un certain temps après la mort, et l'injection incontestable du disque placentaire utérin par les vaisseaux de la matrice et du disque placentaire fœtal par les vaisseaux ombilicaux, sont les causes de l'erreur des anatomistes qui ont cru qu'il y avait des communications directes, ou au moins anastomotiques entre ces deux appareils vasculaires.

l'accomplissement régulier de la parturition, le sang ne s'extravase à la surface intra-utérine que lorsque l'utérus, revenant sur lui-même après la sortie des eaux et de l'enfant, détermine le décollement du placenta par la rupture du tissu cellulaire, dernier vestige du disque placentaire utérin par lequel persistait l'adhérence de l'arrière-faix. A ce dernier acte de l'accouchement, les vaisseaux utérins, comprimés par la couche musculaire utérine (1428), et déjà en partie remplis de sang coagulé, sont revenus sur eux-mêmes et ne versent qu'une petite quantité de sang qui diminue rapidement par la rétraction des parois utérines; mais si le placenta, en partie décollé, reste dans la matrice, ou si des caillots, en fermant l'orifice de cet organe, y retiennent le sang accumulé, et faisant alors l'office de corps étranger qui distend l'utérus, le sang continue à s'extravaser, et une hémorrhagie se produit et augmente par suite de la présence même du liquide qu'elle verse, retenu dans la matrice. Tous ces phénomènes morbides arrivent de même et avec le même danger pour la femme quand la rétractilité de la matrice se trouve arrêtée par l'inertie ou la paralysie de la contractilité de l'organe. C'est ainsi que se produisent les métro-hémorrhagies qui succèdent immédiatement à l'accouchement; celles qui surviennent avec ou immédiatement avant la parturition entre les surfaces utérine et placentaire, reconnaissent les mêmes causes prochaines. Le premier phénomène de ces hémorrhagies est le décollement du placenta dans une plus ou moins grande étendue par l'extravasation du sang, soit dans son tissu, soit entre lui et l'utérus. Le sang arrive par l'extension successive du foyer qu'il se creuse dans le placenta, ou bien il est versé immédiatement sous le placenta à la surface utérine; dans l'un et l'autre cas, il décolle progressivement l'arrière-faix, et ouvre de plus en plus les sources de l'hémorrhagie en lacérant le disque placentaire utérin, et par conséquent le réseau vasculaire

si considérable dont ce disque constitue la limite molle et perméable. L'hémorrhagie intra-utérine se fait alors avec une grande intensité et verse son produit derrière le placenta. Si sa rapidité et son abondance ne sont pas suffisantes pour épuiser rapidement la femme, et pour jeter par suite l'utérus dans l'inertie, le travail de l'accouchement s'établit et expulse les eaux, le fœtus et le placenta, et en même temps le sang extravasé (1338). Si au contraire les forces de la femme fléchissent rapidement, l'utérus reste flasque, l'extravasation continue à se faire par les sinus utérins ouverts, et le sang ne s'arrête souvent que lorsque les forces de la mère sont détruites d'une manière irréparable. Cette destruction des forces, proportionnée à l'intensité de l'extravasation du sang, augmente plus rapidement encore quand le foyer sanguin s'agrandit en décollant de plus en plus le placenta et les membranes, arrive jusqu'à l'orifice utérin, et verse au dehors une partie du sang qui s'extravase (1370).

Effet immédiat des contractions utérines sur l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1440. Les contractions de la matrice mettent toujours un terme à l'hémorrhagie; l'action de la couche musculaire utérine presse la couche vasculaire adjacente (1428) sur le produit de la conception, efface le foyer et devient ainsi l'agent immédiat de la suspension de l'hémorrhagie, de l'expulsion du contenu du l'utérus, et du retour des vaisseaux utérins sur eux-mêmes. Cette marche heureuse des accidents est d'autant plus prononcée que l'expulsion du contenu de la matrice se fait avec plus de rapidité. La rupture de la poche des eaux, par le vide qu'elle occasionne rapidement dans l'utérus, agrandissant tout d'un coup la carrière de la rétraction utérine, est suivie d'une diminution immédiate de l'hémorrhagie, de la cessation de l'inertie de la matrice si elle existait, ou d'une plus grande activité des contractions si elles étaient lentes et faibles. Dans tous les cas, la suspension de l'hémorrhagie trouve sa cause immédiate dans la rétraction du plexus

vasculaire intra-utérin, qui supprime toutes les conditions d'hyperactivité circulatoire appropriées à la fonction de la gestation, et qui efface les ouvertures béantes que produit sur les sinus utérins le décollement du placenta par la lacération du disque cellulo-vasculaire né de l'utérus, qui forme la couche adhérente de cet organe (1420).

Influence du travail de la parturition sur les hémorrhagies par insertion anomale du placenta.

1441. Pour les hémorrhagies produites par le décollement et la lacération du placenta inséré sur le col utérin, le travail de la parturition a la même influence, non seulement en suspendant encore la facilité de l'issue du sang des vaisseaux utérins, d'où il passe en plus ou moins grande quantité dans le placenta lui-même pour aller s'extravaser par la solution de continuité qu'il a éprouvée, mais aussi en comprimant le placenta entre les parois utérines et la masse des eaux et du fœtus. Ces dernières conditions, indispensables pour que la suspension de l'hémorrhagie soit l'effet du travail de la parturition, ne peuvent s'accomplir quand l'utérus, rempli par le produit de la conception, dilate son orifice sous la surface placentaire qui se déchire (1383); alors les contractions utérines pressent l'arrière-faix sur les bords du cercle interne de l'orifice de la matrice, et compriment la masse des eaux de l'amnios avec une force qui se réfléchit tout entière sur la partie de la surface placentaire fœtale adjacente à l'orifice utérin, parce que sur ce point le placenta, non soutenu par l'utérus, cède et n'offre pas la même résistance. Par ce mode d'action, chaque contraction ajoute à la lacération du placenta et à ses effets pour la production immédiate de l'hémorrhagie; aussi l'hémorrhagie, loin de se suspendre, ne fait-elle que devenir plus abondante par le travail de la parturition (1358); elle ne peut plus cesser que de deux manières, ou par le décollement complet du placenta qui est alors entraîné dans le vagin, ou par une diminution du volume du contenu de la matrice, effectuée par l'écoulement des eaux. Le décollement com-

plet du placenta suspend l'hémorrhagie en suspendant la circulation omphalo-fœtale; l'écoulement des eaux fait remonter et pour ainsi dire rentrer dans l'utérus le placenta inséré sur l'orifice, le soumet à la compression directe de la tête ou du siége du fœtus qui s'engage immédiatement comme un cône dans le détroit utéro-pelvien, et suspend ainsi l'hémorrhagie.

Les causes immédiates des hémorrhagies utéro-placentaires ne se trouvent pas toutes dans la structure et les fonctions des organes qui concourent à l'incubation intra-utérine.

1442. En appréciant successivement les conditions qui se rattachent à la structure et aux fonctions normales des différents organes qui concourent à l'incubation intra-utérine, nous y avons facilement trouvé les causes immédiates du plus grand nombre des hémorrhagies intra-utérines des femmes grosses, et de toutes les circonstances qui dépendent de ces hémorrhagies. Nous devons cependant reconnaître que, dans beaucoup de cas, il faut chercher dans un autre ordre de phénomènes la cause immédiate de ces maladies, et de l'interruption des grossesses qui en est le résultat. Les hémorrhagies utéro-placentaires que l'on voit survenir si souvent par des impressions morales débilitantes (1402), celles qui se reproduisent comme par une sorte d'habitude hémorrhagique à une période déterminée de toutes les grossesses de certaines femmes (1404), celles qui se manifestent chez des femmes épuisées, décolorées, qui sont dans un état cachectique plus ou moins prononcé (1397), ou qui surviennent par l'influence des fièvres graves ou des affections des viscères de l'abdomen, tels que le foie, l'estomac, les reins, la vessie, etc. (1410), reconnaissent des causes prochaines différentes de celles que nous avons indiquées.

Comment les ruptures hémorrhagiques sont favorisées par l'organisation de l'arrière-faix.

1443. Le travail organique qui s'accomplit dans l'utérus pendant et pour la gestation, consiste dans la formation de tissus cellulo-vasculaires, qui mettent un certain temps à se former, et qui acquièrent des conditions de structure déterminées, lesquelles se modifient ensuite progressivement dans un temps donné (1416, 1420). Ce travail organique

est nécessairement, comme celui qui s'accomplit dans tous les tissus et qui se produit dans les phlegmasies traumatiques pour la formation des cicatrices et des adhérences, sous l'empire de la vitalité générale; il se lie, comme disent les physiologistes, à la force plastique de l'organisme. Il est impossible qu'il ne participe pas aux variations d'activité que présente dans toute l'économie, dans des circonstances données, cette force plastique; il y participe nécessairement, quelle que soit d'ailleurs l'influence directe qu'exercent sur lui l'état de la circulation et la vitalité de l'utérus; ainsi ce travail organique est faible et ne crée que des tissus mous et friables, chez les sujets lymphatiques, chez les femmes décolorées, dont tous les tissus sont sans consistance et sans tonicité; chez les individus cachectiques sur qui des infiltrations séreuses et sanguines surviennent partout pour la moindre cause. Il faudrait s'étonner si ces maladies aiguës graves qui ramollissent les cicatrices déjà faites, qui suspendent l'organisation des tissus plastiques destinés à réparer les pertes de substance dans les plaies, les fractures, etc., n'exerçaient pas une influence analogue sur la production et l'organisation de la caduque, du disque placentaire, et même sur le travail d'hypertrophie dont le tissu de l'utérus est le siége dans la gestation. L'influence de ces dispositions anomales une fois reconnue, la cause immédiate des hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent chez ceux en qui on les observe est facile à assigner. Il suffit de réfléchir que les limites de l'appareil circulatoire utérin et de l'appareil circulatoire fœtal se trouvent dans le tissu de formation nouvelle qui constitue le disque placentaire, qui renferme et circonscrit les vaisseaux qui s'allongent et se disposent en ampoules sur la paroi utérine, et qui s'épanouissent en même temps sur le chorion. Que la tonicité, la solidité de ce tissu s'affaiblisse; que la force plastique qui détermine l'agrégation des molécules par lesquelles sa

trame se développe soit insuffisante, la moindre cause qui augmentera la congestion sanguine et le molimen circulatoire dans les vaisseaux dont ce tissu est le support, déterminera sa rupture et l'extravasation du sang. Les effets immédiats de cette extravasation seront d'autant plus prononcés que le fluide épanché trouvera moins de résistance pour rompre les tissus, et recevra une plus énergique impulsion à tergo.

Comment agissent les maladies aiguës fébriles dans la production des hémorrhagies utéro-placentaires.

1444. Les fièvres graves, les phlegmasies intenses d'un organe important, arrivées au degré où elles exercent leur plus grande influence sur l'organisme, modifient dans toute l'économie les forces plastiques au point de suspendre les cicatrisations en voie d'accomplissement, et même de déterminer la rupture des cicatrices achevées; elles rendent de plus l'extravasation du sang par exhalation si facile, qu'il arrive souvent qu'elles occasionnent des épistaxis, des gastro-hémorrhagies, des métro-hémorrhagies, des hématuries, des sugillations; comment ces effets n'arriveraient-ils pas dans le tissu utéro-placentaire, naturellement mou et fragile, de formation encore nouvelle et même inachevée, au milieu de faisceaux vasculaires distendus par le sang, et dans le sein d'un organe à l'état de turgescence et d'hyperaimie des plus prononcées, lorsque d'ailleurs l'état fébrile augmente la fréquence et la force des battements du cœur, et donne à la circulation une activité insolite?

Influence des différentes périodes de la grossesse sur la production et les récidives des hémorrhagies utéro-placentaires.

1445. La formation et le développement des organes cellulo-vasculaires intra-utérins parcourent certaines périodes d'évolution, d'accroissement, d'état et même de déclin. Dans ces différentes périodes, les conditions des deux circulations affrontées se modifient à leur point de contact. Ces modifications déterminent, comme nous l'avons montré, l'opportunité variable aux différentes périodes de l'incubation intra-utérine de chacun des divers modes d'hémorrhagies qui peuvent survenir; là se trouve

évidemment la cause immédiate du rapport de chaque forme de cette hémorrhagie avec chaque période de la grossesse, rapport qui se présente d'une manière si constante chez beaucoup de femmes, dans plusieurs grossesses successives, par le retour des hémorrhagies utéro-placentaires survenant toujours à la même époque (1403).

La susceptibilité du système nerveux et l'aptitude aux accidents spasmodiques, augmententent toujours à mesure que l'activité des fonctions organiques nutritives s'affaiblit; ainsi les femmes, chez lesquelles on remarque cette diminution de la force des tissus dont nous venons d'indiquer les caractères (1443), sont toujours très irritables, et dans la condition la plus favorable pour contracter des accidents spasmodiques qui surviennent en elles pour la moindre cause. Il n'est pas d'état plus opportun pour l'effet nuisible de la plupart des causes occasionnelles des hémorrhagies utéro-placentaires, puisque cet effet, qui agit à la fois sur la circulation utérine et sur l'appareil musculaire utérin, est rendu plus puissant par la susceptibilité du sujet, et rencontre une prédisposition immédiate à l'extravasation sanguine dans la faiblesse de texture des organes intra-utérins.

Art. V. Diagnostic des hémorrhagies utéro-placentaires.

De la nécessité et du mode de l'exploration de l'utérus.

1446. L'exploration directe de l'état de l'utérus, par le vagin et par le rectum, est toujours nécessaire pour recueillir tous les symptômes par lesquels on arrive au diagnostic des maladies qui siégent dans ses parois ou dans sa cavité. Cette exploration, chez les femmes grosses, est difficile, parce que, par le fait de la grossesse, l'utérus remonte vers l'abdomen, et son orifice se trouve ainsi éloigné de la vulve. Le développement de la matrice, dans la gestation, commence sur sa paroi antérieure qui se dilate et s'agrandit toujours proportionnellement davantage que la paroi postérieure, pendant toute la grossesse; il en résulte que le

fond de l'organe tiré en avant par les ligaments ronds, et prenant antérieurement un plus grand volume que postérieurement, s'incline sur le pubis. Le col est ainsi porté au haut et dans l'excavation du sacrum, et devient très difficile à atteindre par le vagin. Ces dispositions ne changent que dans le dernier mois ou dans le travail préparatoire des accouchements à terme ou prématurés.

Pour vaincre toutes ces difficultés, quand il est indispensable de bien apprécier le volume de l'utérus, et la longueur et l'état du col, de ses lèvres et de son orifice, il ne suffit pas d'introduire un ou deux doigts dans le vagin en tenant la femme debout et en comprimant l'abdomen pour abaisser autant que possible l'utérus et relever son fond, il faut introduire la main tout entière dans le vagin. En procédant avec lenteur, on parvient facilement à vaincre la résistance de la vulve et à ne produire qu'une douleur modérée. Nous n'hésitons jamais à recourir à ce procédé dans tous les cas de maladie utérine quelconque, dont le diagnostic exige une exploration exacte; il n'a d'autre inconvénient que la douleur légère qu'il provoque; il conduit à reconnaître exactement l'état du col et de l'utérus, qu'il est impossible d'apprécier sans erreur par le procédé d'exploration ordinaire, surtout dans l'état de grossesse, et principalement pour les hémorrhagies utérines qui peuvent dépendre d'implantation anomale du placenta.

Diagnostic de l'hémorrhagie menstruelle pendant la grossess

1447. La suppression de l'hémorrhagie menstruelle est la condition normale de la plupart des grossesses. La manifestation d'une métro-hémorrhagie chez une femme grosse suffit pour faire redouter une hémorrhagie utéro-placentaire; toutefois le sang qui s'écoule par le vagin peut provenir de la surface interne du col et du segment inférieur de l'utérus (1436) et s'extravaser sous l'influence du retour périodique de l'hyperaimie menstruelle qui continue chez un assez grand nombre de femmes pendant les deux ou trois

premiers mois de la gestation (1106). Le diagnostic de cette circonstance s'établit par l'époque régulière et périodique du retour de l'hémorrhagie, par la coïncidence avec elle des phénomènes des menstrues habituels au sujet, par la quantité de sang perdue, presque toujours moins considérable que celle du flux menstruel ordinaire; par la durée de l'hémorrhagie, qui est presque toujours plus courte que celle des menstrues ordinaires; enfin, si la femme n'est pas primipare, par l'habitude de la menstruation dans ses grossesses, habitude qui ne se représente néanmoins pas toujours dans toutes les grossesses de la même femme.

L'hémorrhagie utéro-placentaire évidente s'accompagne dès son invasion de douleurs utérines lombo-hypogastriques qui n'arrivent jamais avec la même intensité au retour de l'hémorrhagie menstruelle pendant l'état de vacuité de la matrice, et encore moins dans l'état de gestation; elle débute toujours avec une abondance que l'on ne remarque pas dans l'hémorrhagie utérine menstruelle pendant la grossesse; enfin, le plus ordinairement, son invasion s'accompagne ou même est immédiatement précédée de la disparition des phénomènes que la gestation avait produits par son influence sur l'organisme, circonstance qui indique non seulement que l'hémorrhagie a son siége entre l'œuf et l'utérus, mais aussi qu'elle a déjà déterminé l'interruption de la gestation et la mort du fœtus.

En tenant compte de toutes les circonstances qui viennent d'être indiquées, l'on arrive assez facilement à reconnaître les cas dans lesquels l'hémorrhagie utérine d'une femme grosse n'est que le résultat de la continuation du retour périodique des règles. Ce n'est point un état morbide, mais c'est toujours un état dans lequel l'utérus est le but d'un molimen hémorrhagique qui entraîne nécessairement un certain degré de congestion sanguine (1122). Les organes temporaires ovo-utérins inhérents à l'accomplissement de l'incubation intra-utérine, sont encore peu so-

lides et assez lâchement unis aux tissus qui leur servent de supports. Une fluxion hémorrhagique survenant alors aux limites mêmes du siége immédiat du travail organique intra-utérin et sur un appareil vasculaire dans lequel s'accomplissent les actes principaux de ce travail organique (1420), constitue toujours une condition très voisine de l'état d'hyperaimie initiale de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Si donc il ne faut pas porter sur la présence de la menstruation pendant la grossesse le diagnostic d'une hémorrhagie utéro-placentaire, il faut toujours y reconnaître une perte de sang par la partie inférieure de la matrice, qui peut être le premier phénomène de cet état morbide qu'elle rend ainsi imminent.

Diagnostic différentiel des hémorrhagies utéro-placentaires et des hémorrhagies vaginales.

1448. Un assez grand nombre de femmes d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, sont affectées dans les derniers mois de leur grossesse de varices et de gonflement œdémateux des extrémités, des grandes et des petites lèvres et même du vagin (1406). Ces femmes sont sujettes à des hémorrhagies par exhalation sur la muqueuse vaginale qui sont quelquefois fort abondantes[1] et qu'on peut confondre avec des hémorrhagies utéro-placentaires; elles s'en distinguent par la tuméfaction du vagin et des grandes lèvres, par le sentiment de chaleur et de gonflement des organes génitaux qui les accompagnent, par la présence de nodosités et par la dilatation apparente sur le trajet des vaisseaux veineux vulvo-vaginaux, par l'écoulement de sang plus ou moins séreux qui se fait d'une manière continue et toujours d'abord peu abondante, tandis que le flux sanguin des hémorrhagies utéro-placentaires, surtout à cette époque de la grossesse, survient avec rapidité et après des douleurs utérines sans aucune apparence de lésion vulvo-vagi-

[1] Wolf a bien décrit ces hémorrhagies (*Comment. Nor.*, 174, p. 326). Elles coïncident quelquefois avec les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin qui compliquent la grossesse et plus souvent l'accouchement, sur lesquelles M. Deneux a publié une excellente monographie : *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1830.

nale. Dans les hémorrhagies vulvo-vaginales, on n'observe pas ces symptômes de douleur lombo-hypogastrique, ni les contractions spasmodiques et la douleur à la pression dans le globe utérin, qui arrivent toujours dans les hémorrhagies intra-utérines. Toutefois, comme ces hémorrhagies vulvo-vaginales coïncident souvent avec des tumeurs et des flux hémorrhoïdaux très fréquents dans les derniers mois de la grossesse, il faut, pour le diagnostic, tenir compte de ces circonstances morbides qui entraînent des douleurs lombaires et tormineuses (588), qu'on pourrait aisément rapporter à la présence de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

Signes immédiats de l'hémorrhagie utéro-placentaire évidente.

1449. L'écoulement du sang au dehors, dans l'hémorrhagie utéro-placentaire évidente, est toujours précédé de symptômes utérins qui se rapportent à la production dans la matrice des lésions immédiatement liées à l'extravasation et à l'infiltration du sang dans le placenta. L'utérus devient douloureux à la pression, et la femme y ressent des douleurs spontanées gravatives et tormineuses; elle éprouve en même temps des douleurs gravatives dans les reins, vers les aines et dans les cuisses; elle a des contractions spasmodiques de la matrice, et un état de malaise général avec un sentiment de faiblesse et de défaillance qui va quelquefois jusqu'à la syncope, etc. Ces symptômes se montrent toujours pendant un certain temps, quelquefois à la vérité très court, mais qui souvent aussi se prolonge durant plusieurs jours, avant l'écoulement du sang par le vagin; ils ne cessent pas, et même dans le plus grand nombre de cas, ils augmentent quand cet écoulement survient.

L'exploration de l'utérus par le vagin fait reconnaître que le corps de l'utérus est douloureux à la pression sur toute la base du col; elle met à même de constater que l'orifice du museau de tanche n'est que faiblement dilaté et arrondi, et qu'il ne se contracte pas et ne se durcit pas quand le sang sort par son ouverture.

1450. Les hémorrhagies qui proviennent de l'implantation anomale du placenta ne se manifestent jamais avant le quatrième mois; le plus souvent elles n'arrivent qu'à une époque plus avancée de la grossesse. Leur invasion n'est pas précédée des symptômes utérins que nous venons d'indiquer, qui n'appartiennent qu'aux hémorrhagies utéro-placentaires par infiltration primitive du sang dans le disque placentaire. L'écoulement du sang arrive inopinément en assez grande quantité par le vagin, sans aucune douleur utérine, au moins pour les premières attaques de l'hémorrhagie; il ne croît pas suivant une augmentation progressive qui se remarque, sinon dans toutes, au moins dans un grand nombre d'hémorrhagies utéro-placentaires ordinaires. La perte de sang se suspend brusquement au bout d'un temps très court; autre différence encore plus prononcée entre sa marche et celle des autres hémorrhagies des femmes grosses, qui diminuent quelquefois assez promptement de quantité, mais qui persistent toujours pendant un certain temps en s'atténuant peu à peu jusqu'à leur suspension complète. Cette suspension de la perte de sang n'empêche pas les douleurs et les spasmes utérins de continuer encore pendant un certain temps, tandis que dans les hémorrhagies par implantation anomale du placenta, il n'y a pas plus de douleurs après la suspension de la perte de sang qu'avant son invasion et pendant sa durée.

Signes de l'hémorrhagie utérine par implantation anomale du placenta.

1451. Il est rare qu'à la première manifestation de l'hémorrhagie par implantation anomale du placenta il soit possible de constater, par le toucher, le rapport de la surface du délivre avec l'orifice interne du col. Le museau de tanche n'est pas assez entr'ouvert, et le col n'est ni assez court, ni assez ramolli pour qu'on puisse porter le doigt jusqu'à la surface placentaire; on n'y peut parvenir que lorsque la grossesse est arrivée au septième ou huitième mois, et dans les cas où l'hémorrhagie s'est reproduite plusieurs fois. On trouve alors avec l'extrémité

Signes de l'implantation anomale du placenta fournis par l'exploration immédiate de l'utérus.

du doigt la surface spongieuse, molle et inégale du placenta en rapport avec le col, et l'on parvient, en appréciant le degré de résistance de son tissu et son épaisseur, à reconnaître si c'est par le centre épais et plus solide de son corps, ou par une partie voisine de sa circonférence, et par conséquent plus molle et plus facile à déplacer, que le délivre correspond à l'orifice interne du col utérin.

Ces signes de la présence du placenta sur le col utérin, recueillis à l'exploration, ne sont pas aussi faciles à constater qu'on le croirait à la lecture de la plupart des ouvrages sur l'art des accouchements. Les caillots de sang qui se condensent à la surface du placenta sur le col et dans l'orifice même du museau de tanche, lorsque l'hémorrhagie vient à se suspendre, se distinguent avec peine de la surface spongieuse et humide du placenta, d'autant plus qu'il serait imprudent de les déplacer pour porter le doigt plus profondément, parce que l'on renouvellerait ainsi l'hémorrhagie. Lorsqu'on peut arriver avec le doigt jusqu'à la surface placentaire, il est un signe qui nous a semblé facile à recueillir, et qui ne laisse guère de place à l'erreur, quand le délivre correspond à l'orifice interne du col par une portion assez épaisse de son corps, et surtout par son centre : c'est la perception des battements artériels placentaires isochrones aux contractions du cœur du fœtus; ces battements communiquent une sensation semblable à celle que l'on trouve en portant le doigt sur un fongus hématode. La perception de ce signe n'exige pas qu'on imprime au doigt porté dans l'orifice utérin ces mouvements par lesquels on s'efforce de contourner le bord interne du col pour apprécier les rapports du placenta avec lui, ce qui constitue la manœuvre dangereuse de l'exploration. Il est encore un autre signe qui serait plus facile à percevoir, et que nous avons constaté dans les trois derniers cas d'implantation du placenta sur le col que nous avons observés depuis trois ans, c'est l'absence du ballottement; toutefois,

comme nous ne savons pas s'il se présente toujours, nous ne le signalons que pour qu'il soit vérifié par l'observation clinique; il aurait ce grand avantage de faire reconnaître l'implantation placentaire sur le col, avant que ce dernier fût complétement effacé et entr'ouvert.

Signes de l'implantation du placenta sur le col déduits de la marche des accidents.

1452. Si l'on conservait des doutes sur la cause immédiate de l'hémorrhagie due à l'implantation du placenta, après la première manifestation de cet accident, ils cesseraient par la reproduction de cette hémorrhagie à des intervalles de plus en plus rapprochés, et avec une abondance de plus en plus considérable à mesure que la grossesse avance. Ces retours de l'hémorrhagie surviennent toujours brusquement, sans douleurs utérines, tant que la déperdition du sang n'est pas liée à un commencement de travail de parturition. Lorsque ce travail s'établit, les douleurs lombo-utérines et les contractions de la matrice viennent se joindre à la perte de sang, qui semble alors leur devenir subordonnée (1441), en ce sens que le sang coule en abondance à chaque douleur et s'arrête dans leurs intervalles, pendant lesquels le volume de la matrice n'augmente pas, ainsi qu'il arrive dans les hémorrhagies utéro-placentaires qui s'accomplissent dans la cavité utérine sans implantation du placenta sur le col (1326).

Quand les accidents sont arrivés à ce point, le col de l'utérus est en grande partie effacé, il est toujours béant à un assez haut degré pour que le doigt puisse pénétrer jusqu'à la surface placentaire qui s'engage dans l'orifice utérin à chaque contraction, pendant laquelle les bords du col se durcissent et tendent à s'écarter du bouchon mou et saignant qui fait saillie dans le cercle qu'ils circonscrivent.

Si l'hémorrhagie a jeté la femme dans l'affaiblissement oligaimique, les bords du col sont flasques, l'orifice est béant, et il est toujours facile d'atteindre avec le doigt la surface utérine du placenta et de reconnaître ainsi la cause immédiate de l'hémorrhagie. A ce degré de la maladie, la

perte de sang n'arrive plus par jets plus ou moins rapprochés; elle est continue et d'une abondance proportionnée à l'étendue de la lésion placentaire qui correspond au col (1389).

Signe de l'implantation placentaire sur le col quand le travail est établi.

1453. Quand le travail de la parturition est établi, le signe pathognomonique de l'implantation du placenta sur l'orifice du col, et par conséquent de l'hémorrhagie qui en est le résultat, c'est la présence même du délivre s'engageant dans l'orifice de la matrice au lieu des membranes, aussi n'y a-t-il pas de poche des eaux dans ces cas, à moins que le placenta ne corresponde à l'orifice que par un segment peu étendu de son bord, qui est alors entraîné dans l'orifice du col avec le chorion, sur la base de la poche des eaux (1356, 1358).

Signes diagnostiques des hémorrhagies utéro-placentaires latentes.

1454. Le diagnostic des hémorrhagies utéro-placentaires latentes, dans lesquelles il ne survient pas de perte de sang extérieure, repose sur l'appréciation et le rapprochement des phénomènes qui se rattachent à toutes les circonstances de ces hémorrhagies, et sur les caractères de ces phénomènes qui ne peuvent appartenir à d'autres états morbides de l'utérus et de son contenu.

1455. Quand une femme grosse est subitement prise d'une douleur vive profonde, comme tormineuse aux lombes, s'étendant jusque dans le bassin et à l'hypogastre, et qu'il se manifeste en même temps une syncope ou au moins un état de lipothymie avec des horripilations au dos et aux lombes, et froid des extrémités, si en même temps le globe utérin devient douloureux à la pression, on peut considérer l'invasion de l'hémorrhagie utéro-placentaire comme très probable.

Quand la grossesse est peu avancée, ou si l'hémorrhagie est peu considérable, la maladie à son début ne s'annonce pas par d'autres signes. Les douleurs lombaires se changent ensuite en une douleur gravative qui se fait aussi sentir dans le bassin quand la femme se met dans une posi-

tion verticale. La face pâlit et devient terne et plombée, les traits sont affaissés, les yeux excavés; le pouls présente une légère fréquence qui revient à des heures variables dans la journée, et ne se joint pas le plus souvent à une élévation notable de la chaleur de la peau; il y a de la soif, de l'anorexie, et presque toujours un écoulement séreux rougeâtre par le vagin, avec ardeur à la vulve et au méat urinaire dans l'excrétion des urines.

Quand l'hémorrhagie est compatible avec la continuation de la grossesse, ces symptômes s'atténuent lentement, et la gestation continue. Si au contraire la vie du fœtus est compromise, les signes de sa mort se montrent avec plus ou moins de rapidité (1320); les symptômes diminuent de gravité sans cesser complétement jusqu'à ce que le travail de l'avortement se manifeste.

Signes diagnostiques des hémorrhagies utéro-placentaires latentes très intenses.

1456. Dans les cas où l'hémorrhagie utéro-placentaire latente survient avec intensité, et verse par conséquent dans l'utérus une quantité de sang assez considérable, aux signes qui viennent d'être indiqués se joint une débilité du pouls qui augmente rapidement jusqu'à la lipothymie et la syncope. La femme éprouve alors un sentiment de chaleur hypogastrique profonde, et une douleur gravative dans le bassin et sur le rectum. C'est alors que le globe utérin perd sa rénitence et acquiert instantanément cette augmentation de volume, signalée d'abord par J. Hopff et constatée depuis par Baudelocque, Levret et Leroux de Dijon (1326). La suspension des signes de la gestation et de la vie du fœtus arrive presque aussitôt que ces symptômes, et indique que la mort du produit de la conception a été le résultat immédiat de l'hémorrhagie.

Des signes qui indiquent les récidives des hémorrhagies utéro-placentaires latentes et leur conversion en hémorrhagies évidentes.

1457. Les signes de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente, lorsqu'ils se sont manifestés avec une intensité modérée, se suspendent quelquefois, au moins dans leurs phénomènes les plus marqués, pour se reproduire au bout de quelques jours sous la même forme qu'à leur première in-

vasion, et se renouveler ainsi par intervalles, devenant chaque fois plus prononcés et exerçant une influence plus marquée sur l'état de la femme par les symptômes d'oligaimie qui s'y joignent. Ces récidives des signes de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente indiquent qu'elle se renouvelle par des attaques successives, pendant la succession desquelles il arrive souvent que le sang extravasé, se frayant progressivement un chemin entre l'œuf et l'utérus, parvient à l'orifice utérin et manifeste extérieurement la réalité de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Ce dernier phénomène s'annonce ordinairement par des douleurs utérines, quelquefois tormineuses, et surtout des contractions spasmodiques de la matrice. Les signes de la mort du fœtus, joints aux signes de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente, confirment enfin le diagnostic de la maladie, et caractérisent l'influence fâcheuse qu'elle a exercée sur la gestation.

Importance des causes des hémorrhagies utéro-placentaires comme moyen de diagnostic.

1458. Il faut toujours tenir compte, pour éclairer le diagnostic en général obscur de ces hémorrhagies utéro-placentaires, des circonstances dans lesquelles la femme a pu se trouver placée, et des causes, soit internes, soit externes, à l'action desquelles elle a été soumise. L'influence bien appréciée des causes propres à produire ces hémorrhagies (1415 *et sqq.*) doit les faire considérer comme imminentes; les phénomènes hémorrhagiques qu'elles peuvent produire se manifestant ensuite, l'on ne peut conserver de doute sur la présence de la maladie.

Des signes des hémorrhagies utéro-placentaires latentes qui surviennent pendant le travail de l'accouchement.

1459. Le diagnostic des hémorrhagies utéro-placentaires latentes qui se déclarent pendant le travail de l'accouchement s'établit d'après la manifestation, au milieu des douleurs de la parturition, des phénomènes que produit immédiatement la déperdition sanguine et l'accumulation du sang dans l'utérus, ou entre l'utérus et le placenta (1456). Dès qu'une femme, en travail d'accouchement, tombe subitement en défaillance avec décoloration de la face, sentiment de froid général, faiblesse du pouls, augmentant

d'instant en instant, syncopes, sueurs froides aux tempes, si en même temps les douleurs de la parturition perdent de leur intensité et de leur fréquence, et même se suspendent pendant qu'il ne s'écoule pas de sang par la vulve, on ne peut douter qu'il ne s'accomplisse une extravasation sanguine dans l'utérus. Les contractions de cet organe deviennent plus rares, plus courtes et plus faibles; il obéit à la distension que produit le sang en s'accumulant dans sa cavité; il augmente de volume dans les intervalles des contractions, et il devient en même temps douloureux à la pression. Levret attachait tant d'importance à ce dernier signe, qu'il lui suffisait pour considérer comme certaine l'existence de l'hémorrhagie latente pendant le travail de l'accouchement. Il a rapporté des observations cliniques dans lesquelles ce diagnostic s'est vérifié [1]. Cet état ne persiste que peu d'instants; l'extravasation du sang continuant, la matrice tombe dans le relâchement complet, au point qu'on peut sentir pendant les intervalles prolongés de ses dernières contractions, devenues très faibles, une sorte de fluctuation sourde, transmise, au travers de ses parois et des parois du ventre, par la masse du sang accumulé autour de l'œuf dans la cavité utérine. Leroux de Dijon a particulièrement signalé ce phénomène; il regardait sa présence comme indiquant de recourir sans retard à l'accouchement forcé, et immédiatement après à la délivrance artificielle, opération qui l'a mis plusieurs fois dans le cas de constater dans l'utérus la présence du produit de l'hémorrhagie, et sa cause immédiate due au décollement incomplet du placenta [2]. Pendant que le globe utérin éprouve tous ces changements, son orifice est resserré, ou obstrué par la tête, ou par quelque autre partie du corps de l'enfant qui y est engagée.

[1] *Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, 4e édit., p. 198 et 200.

Observations sur les pertes de sang des femmes en couche et sur les moyens de les guérir. Dijon et Paris, 1776, p. 75.

Diagnostic de l'hémorrhagie utéro-placentaire quand l'extravasation sanguine reste limitée derrière le placenta.

1460. Dans les cas où l'extravasation sanguine s'accomplit et reste limitée derrière le placenta, on conçoit difficilement que le globe utérin soit distendu de manière à prendre un volume insolite assez considérable pour être apprécié à l'exploration de l'abdomen. Il est probable aussi qu'on ne peut percevoir la fluctuation intra-utérine signalée par Leroux de Dijon. Le diagnostic ne peut plus reposer que sur les symptômes rationnels de la déperdition sanguine coïncidant avec la suspension du travail de la parturition et des contractions utérines. L'orifice de la matrice restant flasque et entr'ouvert, sans écoulement du sang à l'extérieur, il faut bien reconnaître qu'alors ce fluide doit se déposer dans un foyer qui ne communique pas avec la cavité utérine; ce foyer n'en peut en être séparé que par le placenta adhérent par sa circonférence.

Art. VI. Prognostic des hémorrhagies utéro-placentaires.

Expression générale du prognostic des hémorrhagies utéro-placentaires.

1461. Les hémorrhagies utéro-placentaires sont toujours des maladies graves; les avortements ou les accouchements anticipés sont leurs suites ordinaires; elles font souvent périr les femmes et presque toujours les enfants contenus dans l'utérus. Dans les cas les plus heureux, elles occasionnent toujours des accidents qui ont des suites longues et difficiles à guérir (1345, 1347, 1360).

§ Prognostic des hémorrhagies utéro-placentaires d'après les périodes de la gestation auxquelles elles se manifestent.

1462. Les résultats des hémorrhagies utéro-placentaires sont différents et plus ou moins fâcheux, suivant les périodes de la gestation pendant lesquelles elles se manifestent (1328, 1345).

Dans les trois premiers mois de la grossesse, l'hémorrhagie est ordinairement sans danger pour la femme, mais elle détruit l'embryon en interrompant ses rapports avec l'utérus; elle occasionne ainsi l'avortement. Après le troisième mois de la gestation, si l'hémorrhagie est peu abondante, les lésions qu'elle détermine sont compatibles avec la continuation de la grossesse (1330); mais elles

portent atteinte au développement et à la nutrition du fœtus, qui est ainsi jeté dans un état de débilité qui le fait souvent périr quelque temps après l'accomplissement de l'hémorrhagie et pendant son séjour dans la matrice, ou peu après sa naissance. Dans presque tous ces cas, la parturition est prématurée et arrive un certain temps après l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie qui survient dans les derniers mois de la grossesse est le plus ordinairement assez considérable, même quand elle reste latente, pour jeter la femme dans un état d'oligaimie intense. Dans quelques cas, la perte de sang intra-utérine est assez grande pour faire périr la femme (1337).

La manifestation de l'hémorrhagie intra-utérine, dans le travail de la parturition, met toujours la femme dans un grand danger; elle fait souvent mourir l'enfant. Lorsque la malade est soustraite, par les moyens de l'art, aux effets immédiats de cette hémorrhagie, elle reste dans un état d'oligaimie très difficilement réparable (1347).

Prognostic de l'avortement ou de l'accouchement anticipé comme effet de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1463. L'expulsion du produit de la conception, comme effet de l'hémorrhagie utéro-placentaire, peut toujours être prévue, même quand l'hémorrhagie est restée latente, dès que cette maladie a déterminé la disparition des signes de la grossesse et qu'elle a par conséquent fait périr le fœtus (1320). Quand l'hémorrhagie est évidente, si elle arrive rapidement avec des douleurs gravatives intenses dans les lombes, et si le sang sort en grande quantité et par caillots, l'accouchemen est imminent.

Dans les cas où les symptômes de l'hémorrhagie indiquent que la perte de sang n'a pas été portée au point d'exercer sur tout l'organisme une grande influence débilitante, il s'écoule toujours un certain temps entre l'époque de la manifestation de la maladie intra-utérine et l'avortement (1332). Cette circonstance est favorable, car la mort de l'enfant met d'abord un terme à l'hémorrhagie utéro-

placentaire, et ensuite, l'accouchement anticipé étant toujours précédé d'une diminution progressive du volume du globe utérin, évidemment liée à la résorption des eaux de l'amnios, des parties séreuses du sang extravasé, et du sang contenu dans l'appareil vasculaire du placenta, le danger de la production d'une hémorrhagie grave au moment de l'avortement se trouve ainsi fort affaibli. Au moment de la parturition la matrice est revenue sur elle-même à un degré assez prononcé, et ses vaisseaux ne sont plus si facilement perméables à une grande quantité de sang que si l'accouchement survient avec rapidité pendant le cours de la grossesse, ou même à son terme naturel. C'est ainsi qu'on s'explique pourquoi les accouchements anticipés, qui surviennent un certain temps après la mort de l'enfant, sont si rarement compliqués d'hémorrhagie (1336).

1464. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire, quoique commençant d'une manière latente, devient évidente par la transmission successive du sang du foyer d'extravasation jusqu'à l'orifice utérin, et dans les cas où l'écoulement du sang au dehors coïncide immédiatement avec l'extravasation utéro-placentaire, l'accouchement anticipé ne se fait pas ordinairement beaucoup attendre. La femme court toujours le danger de se voir jetée dans un état d'oligaimie prononcé par l'abondance de la perte de sang, même dans les cas heureux où cette perte se suspend par la manifestation des contractions utérines de la parturition. Si cette suspension n'arrive pas, ou si elle n'est pas définitive, ce qui est encore assez fréquent, l'oligaimie est encore produite à un plus haut degré; elle est quelquefois portée au point d'entraîner immédiatement la mort de la femme ou de la laisser dans un tel état, qu'elle n'en peut surmonter les effets, et qu'elle succombe de faiblesse peu de temps après la délivrance. Le danger de ces graves accidents est d'autant plus grand que la grossesse est plus avancée; on en conçoit la raison par la plus grande étendue,

dans ces cas, des surfaces perméables au sang, et par le plus grand développement des appareils vasculaires utérin et placentaire. Il est très rare que ces hémorrhagies soient mortelles quand la grossesse n'a pas atteint le quatrième ou le cinquième mois de sa durée; mais il n'en est plus de même après cette époque de la gestation [1].

Prognostic de hémorrhagies utéro-placentaire quant au fœtus.

1465. L'hémorrhagie utéro-placentaire qui reste latente ne détermine que rarement des accidents graves pour la mère, surtout quand elle survient dans une période peu avancée de la grossesse, mais elle a souvent pour effet de faire périr immédiatement le fœtus (1320). Dans les cas où la grossesse est plus avancée et où il s'est produit une hémorrhagie moins considérable et plus immédiatement limitée dans le tissu du placenta, la mort du fœtus n'arrive qu'au bout d'un certain nombre de jours, et même de semaines, par la débilité croissante de ses fonctions organiques qui résulte de la lésion placentaire. Les signes qui indiquent que le fœtus continue à vivre après l'hémorrhagie ne doivent pas faire perdre de vue la probabilité de sa mort prochaine si l'hémorrhagie a eu une certaine intensité; mais on peut toujours alors annoncer qu'il s'écoulera un assez long intervalle du moment de la mort du fœtus à celui de son expulsion.

Dans les cas heureux d'hémorrhagie utéro-placentaire restée latente, et dans ceux où cette hémorrhagie devenue évidente s'est rapidement arrêtée, après avoir fait perdre peu de sang, lorsque les signes de la gestation d'un fœtus vivant continuent, et qu'il ne se manifeste plus de symptômes annonçant la persistance ou le retour d'une hémorrhagie utéro-placentaire, on peut espérer que l'infiltration sanguine placentaire ou le décollement du placenta n'ont pas été portés au point d'empêcher l'enfant de continuer à se développer (1330). Cette espérance ne peut cependant être

[1] Puzos, *Mémoire sur les pertes de sang des femmes grosses*, *inséré parmi les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. I, p. 361.

si entière qu'elle fasse perdre de vue que la conservation de la grossesse jusqu'à son terme présente nécessairement beaucoup d'incertitude, et qu'on ne pourra toujours compter que sur un enfant très faible, qui souvent même ne sera pas viable.

Prognostic à porter sur la continuation de la grossesse après les hémorrhagies utéro-placentaires.

1466. L'influence des hémorrhagies utéro-placentaires sur la gestation est subordonnée au siége immédiat des désordres hémorrhagiques autant et plus peut-être qu'à l'étendue de ces désordres. Le nombre des cas assez grand, dans lesquels, après l'accouchement heureux et à terme, nous avons pu constater dans le placenta la présence de foyers hémorrhagiques plus ou mois anciens, dont nous avons même quelquefois pu assigner la date en les rapprochant des accidents éprouvés pendant la grossesse, prouve que les hémorrhagies utéro-placentaires qui creusent des foyers dans le placenta ne sont pas toujours suivies de la mort du fœtus et de l'interruption de la gestation. Les hémorrhagies utéro-placentaires, dans lesquelles le foyer se creuse et s'interpose immédiatement entre le placenta et l'utérus, n'ont jamais été constatées par nous sans que la mort de l'enfant en ait été le résultat, pour peu qu'elles aient eu une certaine étendue, comme celle d'un tiers à la moitié de la surface placentaire. Les faits rapportés par les auteurs conduisent à la même conséquence. Il faut donc considérer, toutes choses égales d'ailleurs, ces dernières hémorrhagies comme plus graves que celles qui se circonscrivent dans le placenta. Mais comment déterminer par des signes l'existence du siége de ces infiltrations hémorrhagiques pour arriver à un prognostic d'après ces différences? On ne le peut rigoureusement pas en général; cependant ces hémorrhagies qui s'étendent et se font jour entre le placenta et l'utérus, sont les seules qui puissent devenir évidentes par l'extension progressive de l'extravasation du sang jusqu'à l'orifice interne du col utérin; on ne doit donc conserver que peu d'espoir de conduire heu-

reusement la grossesse à terme quand l'hémorrhagie utéro-placentaire est devenue évidente par la sortie du sang par l'orifice utérin.

Le prognostic de l'hémorrhagie utéro-placentaire serait sans doute moins fâcheux pour la vie de l'enfant et la conservation de la grossesse, si le décollement du placenta pouvait se réparer (1392); puisque cette réparation n'est rien moins que démontrée, il faut regarder ce décollement comme entraînant de nécessité tous les effets fâcheux de la suppression d'une portion de l'organe par lequel l'enfant puise l'aliment de sa vie.

Prognostic de l'imminence de l'accouchement anticipé après l'hémorrhagie utéro-placentaire.

1467. Beaucoup de praticiens, à l'exemple de Mauriceau[1], regardent la présence du relâchement et de la dilatation du museau de tanche comme un signe qui indique que la suspension des rapports du placenta avec l'utérus est portée au point de rendre l'accouchement inévitable et prochain. Il importe de réfuter cette opinion, contre laquelle Levret s'est élevé, en montrant par des faits que la dilatation du museau de tanche portée jusqu'à plus d'un pouce de diamètre, a cessé sous l'influence d'un traitement convenable et que la grossesse n'en est pas moins arrivée à son terme[2]. Le relâchement et la dilatation du museau de tanche n'annoncent comme inévitables et prochains l'interruption de la gestation et l'accouchement prématuré, que dans les cas où les signes qui indiquent la présence de l'hémorrhagie utéro-placentaire et la mort de l'enfant ont précédé.

Prognostic des hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent dans les derniers mois de la grossesse.

1468. De toutes les hémorrhagies utéro-placentaires, les plus fâcheuses sont celles qui déterminent le décollement ou la dilacération d'une grande étendue du placenta pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse; la quantité de sang extravasée dans ces hémorrhagies peut devenir rapidement assez considérable pour faire périr la femme et l'enfant. Ce résultat funeste peut arriver, l'hé-

[1] Obs. 28, p. 26; et 60, p. 51.
[2] *Nouv. obs.*, etc., p. 87, obs. 41.

morrhagie restant latente et le sang retenu dans l'utérus (1337); cette terminaison est cependant beaucoup plus prompte et plus probable quand le sang se fraie une voie par l'orifice de l'utérus, et s'écoule au dehors par le vagin.

L'accouchement anticipé est le moins fâcheux des résultats de ces hémorrhagies; il devient même quelquefois un moyen de salut, car les contractions utérines, quand elles s'établissent rapidement, suspendent l'extravasation du sang et amènent l'expulsion du produit de la conception, et avec lui des caillots de sang accumulés dans la matrice [1]; la grossesse et l'hémorrhagie sont alors ainsi terminées. Cette heureuse issue de la maladie, dans laquelle on conserve la vie de la mère et celle de l'enfant, ne peut être espérée quand l'hémorrhagie arrive avec une abondance telle qu'elle jette rapidement la femme dans la débilité la plus grande et l'utérus dans une inertie complète, par suite de laquelle il cède à la distension du sang qui s'accumule dans sa cavité, ou le laisse sortir au dehors comme par regorgement. Si le travail de l'accouchement s'établit dans ces cas, il est toujours très faible et ne suffit pas, sans les secours de l'art, pour terminer tous les accidents et amener l'expulsion de l'enfant, qui est le plus souvent mort. La faiblesse extrême dans laquelle la femme est jetée par ces accidents est souvent telle que l'accomplissement des grandes fonctions reste imparfait, et que la mort arrive peu de temps après la parturition.

Prognostic de l'hémorrhagie qui survient pendant le travail de l'accouchement.

1469. L'hémorrhagie utéro-placentaire, qui survient pendant le travail de l'accouchement, peut devenir en très peu de temps la cause de la mort de la mère et de l'enfant; dans les cas les plus heureux elle entraîne presque toujours la mort de l'enfant, et jette la mère dans une débilité extrême dont elle ne sort que très difficilement.

[1] J. Bohn nous paraît le premier praticien qui ait signalé l'utilité, dans ces cas, du travail d'accouchement anticipé; *ob necessitatem compescendæ hæmorrhagiæ.* (*Disp. de abortu salubri.* Lipsiæ, 1707.)

Quand cette hémorrhagie est peu considérable, elle ne suspend pas le travail de l'accouchement; elle ne détermine pas même de symptômes qui permettent de la reconnaître, à moins qu'elle ne produise la sortie du sang par l'orifice utérin dans les intervalles des douleurs, ce qui est sa forme la plus rare. Dans ces cas, qui sont les moins graves, on n'a à craindre pour la mère qu'une oligaimie plus ou moins grande, mais rarement mortelle; quant à l'enfant, il périt presque toujours pendant le travail, qui s'opère le plus ordinairement avec beaucoup de lenteur.

Dans les cas les plus graves, qui sont les plus fréquents pour ces sortes d'hémorrhagies, le sang s'extravase rapidement et en grande quantité sous le placenta. Les contractions utérines se ralentissent et perdent de leur énergie, les symptômes de l'hémorrhagie latente se manifestent, et la vie de la femme est immédiatement menacée. Si le médecin se repose malheureusement sur cette doctrine de quelques médecins de notre temps, que la perte de sang sera limitée par l'action de l'utérus, il verra périr la malade en quelques instants, ou la laissera arriver à un état d'oligaimie auquel elle pourra succomber en peu de jours (1472). Il y a longtemps que l'extrême danger de ces hémorrhagies a été signalé; elles ont été bien décrites, avec toutes leurs conséquences, par Louise Bourgeois, sage-femme qui pratiquait à Paris, en 1609; elles ont aussi fait l'objet d'une dissertation spéciale de Van der Sterre, publiée à Leyde en 1682; il n'est pas un praticien, digne de faire autorité, qui ne les ait depuis constatées et qui n'ait reconnu qu'il ne faut pas compter sur cette prétendue action hémostatique spontanée de l'utérus qui n'arrive pas.

Danger des hémorrhagies utéro-placentaires dans les derniers temps de la grossesse, selon la facilité avec laquelle s'accomplit l'accouchement.

1470. Le danger que courent les femmes par les hémorrhagies utéro-placentaires considérables, dans les derniers temps de la grossesse, ne pouvant cesser que par les contractions utérines et le travail de la parturition, soit spontané, soit provoqué par l'art, est nécessairement d'autant

plus grand que ce travail s'établit avec plus de difficulté, et qu'on peut moins aisément pratiquer l'accouchement forcé. Sous ce rapport, ces hémorrhagies sont d'un prognostic moins grave quand elles surviennent au huitième ou neuvième mois de la grossesse que du septième au huitième. A cette époque, la résistance du col de l'utérus, encore épais et resserré, oppose un obstacle à l'accouchement spontané, et crée des difficultés pour la pratique de l'accouchement forcé qui ne se présentent plus, au moins à un haut degré, après le huitième mois.

La suspension des accidents hémorrhagiques par les contractions utérines expulsives ne fait qu'ajourner le danger dans les cas d'hémorrhagie considérable; aussitôt que le produit de la conception a été expulsé, le sang sort à flots avec l'enfant ou reste retenu dans l'utérus par le délivre, en partie détaché ou même tout à fait décollé, qui s'interpose comme une digue à l'issue du sang à l'orifice utérin; l'utérus reste dilaté par la grande quantité de sang qu'il contient et dans un état d'inertie. L'hémorrhagie devient alors très abondante dans la cavité utérine, et quelques moments suffisent pour faire périr la femme, déjà très affaiblie par la perte de sang qui a précédé la sortie de l'enfant.

Prognostic des hémorrhagies par implantation anomale du placenta.

1471. Le prognostic des hémorrhagies, dans les cas d'implantation anomale du placenta, repose sur les mêmes observations que celui des hémorrhagies abondantes qui surviennent dans la fin de la grossesse. La facilité avec laquelle le sang s'extravase rapidement et en grande quantité par ces hémorrhagies à cause de la liberté de son écoulement au dehors par l'orifice utérin, l'aptitude qu'elles ont à provoquer le travail de la parturition, qui pourtant est évidemment moindre que celle qui se rattache aux autres hémorrhagies utéro-placentaires, probablement parce qu'elles ne se compliquent pas des effets directs de l'épanchement intra-utérin : telles sont les principales conditions

pathologiques qui doivent donner plus de gravité au prognostic des hémorrhagies par implantation du placenta sur l'orifice du col. Ces hémorrhagies font très souvent périr l'enfant; elles peuvent entraîner la mort de la femme, par suite de la débilité, des défaillances et de l'épuisement rapide qu'elles occasionnent.

L'impossibilité de la formation de la poche des eaux, dans les cas d'implantation anomale du placenta (1355), rend impuissantes les contractions utérines et fait rapidement tomber la matrice dans l'inertie; cette circonstance ajoute au danger de la maladie et fait souvent succéder, à l'accouchement pratiqué par l'art dans ces cas, une inertie utérine qui est elle-même suivie d'hémorrhagie.

Les accidents des hémorrhagies par implantation anomale du placenta sont principalement observés dans les cas où le placenta correspond par une partie voisine de son centre avec l'orifice interne du col. Cette circonstance est donc aussi d'un fâcheux prognostic; on doit s'attendre, quand elle existe, à de rapides et abondantes pertes de sang par l'orifice utérin que le travail de la parturition ne fera que rendre plus considérables. Il faut peu compter alors sur la vie de l'enfant, car l'on ne peut guère espérer de prolonger la grossesse jusqu'à une époque assez voisine de son terme naturel pour qu'il soit viable, si même l'on a été assez heureux pour qu'il n'ait pas péri dans l'utérus. Quand l'implantation se fait sur le col par un segment peu étendu de la circonférence du placenta, l'hémorrhagie est moins abondante, et l'on peut espérer qu'elle ne récidivera pas avec une intensité suffisante pour compromettre la vie de l'enfant, et encore moins celle de la mère jusqu'au terme de la grossesse, où le travail de la parturition viendra la suspendre définitivement.

Prognostic des suites immédiates des hémorrhagies utéro-placentaires.

1472. Si une hémorrhagie utéro-placentaire latente ou manifeste a déterminé la perte d'une grande quantité de sang, le danger de la femme ne cesse pas par sa suspension,

même lorsque la parturition s'accomplit et tarit la source de l'hémorrhagie. Si la femme reste dans l'état de demi-syncope, avec les extrémités froides, le pouls petit et faible, et surtout avec des accidents spasmodiques, etc., il faut peu compter sur son rétablissement; les forces ne se relèvent ordinairement pas, la circulation reste languissante, et devient de plus en plus incomplète. La mort arrive souvent au bout de quelques heures et même de deux ou trois jours.

Prognostic des accidents consécutifs aux hémorrhagies utéro-placentaires.

1473. Dans les cas où cette funeste terminaison n'est pas aussi prompte, elle n'est souvent que différée; si la femme est prise de douleurs utérines et d'accidents même légers de métro-péritonite, on peut regarder la terminaison funeste comme presque inévitable. L'invasion des accidents inflammatoires utérins est donc une circonstance toujours de fâcheux prognostic, après les accouchements qui ont été précédés ou compliqués d'hémorrhagie. Il semblerait que la perte de sang devrait prévenir ou au moins diminuer la gravité de ces affections puerpérales; l'observation clinique prouve au contraire que les accouchements qui surviennent dans ces circonstances sont plus souvent suivis de phlegmasies du côté de l'utérus et de ses annexes, que ceux qui s'accomplissent dans d'autres conditions et sans perte de sang anomale, et que ces phlegmasies sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus graves.

On ne peut se rendre compte de ces fâcheuses circonstances qu'en admettant que les lésions hémorrhagiques qui se sont accomplies dans l'utérus, l'influence qu'elles ont exercée sur tout l'organisme, et peut-être aussi l'action immédiate des moyens de traitement auxquels on a souvent été obligé d'avoir recours, sont des causes immédiatement prédisposantes des phlegmasies consécutives à la parturition. L'état de faiblesse dans lequel se trouve la femme, la facilité avec laquelle, par suite même de cet état de faiblesse, les grandes fonctions du système nerveux

et circulatoire sont troublées par les moindres causes, l'obstacle que l'état même de la malade oppose à l'emploi et à l'effet des moyens rationnels, toutes ces conditions morbides motivent la gravité de ces accidents consécutifs.

Prognostic d'après des accidents épiphénoméniques des hémorrhagies utéro-placentaires.

1474. Les hémorrhagies utéro-placentaires déterminent dans quelques cas des symptômes et des épiphénomènes qui peuvent faire prévoir certains modes de terminaison. Parmi ces phénomènes, les plus prononcés sont des douleurs tormineuses utérines et des selles diarrhéiques avec ténesme rectal; la seule présence de ces accidents, quand ils ne cèdent pas avec rapidité aux premiers moyens de traitement, doit faire craindre l'avortement ou la parturition anticipée. Ce prognostic doit être aussi porté quand la maladie utérine occasionne des vomissements opiniâtres; les secousses qui résultent des contractions des muscles abdominaux et de l'estomac, par les efforts de vomissement, contribuent beaucoup dans ces cas à déterminer l'expulsion du produit de la conception. Ces accidents sont peut-être d'un plus fâcheux prognostic encore pour les hémorrhagies utéro-placentaires latentes que pour celles dans lesquelles le sang s'écoule par l'orifice du museau de tanche.

Symptômes de fâcheux prognostic pour la conservation de la grossesse après la cessation des accidents immédiats de l'hémorrhagie utéro placentaire.

1475. Lorsque l'hémorrhagie utéro-placentaire s'est accomplie et que, les accidents immédiats qu'elle a occasionnés ayant cessé, la femme paraît dans un état d'amélioration qui peut faire espérer que la gestation continuera jusqu'à son terme normal; s'il se manifeste des mouvements fébriles irréguliers, des palpitations, des spasmes et une excitation prononcée du système nerveux, avec des douleurs lombaires même obtuses; si en même temps le globe utérin reste douloureux à la pression, il est probable que l'enfant périra prochainement et que la grossesse sera interrompue. On peut annoncer ce résultat comme certain, si l'on voit en même temps se manifester un œdème des extrémités qui croît d'instant en ins-

tant, ne diminue pas par le repos au lit, et tend à se convertir en une anasarque générale. Si, avec ces symptômes, des spasmes utérins surviennent et s'accompagnent de syncopes, ou même de simples défaillances, il est probable qu'une nouvelle hémorrhagie utéro-placentaire se produit et vient agrandir l'étendue des désordres placentaires; dans ces cas les signes de la mort de l'enfant se manifestent bientôt, et viennent ôter tout espoir de conserver la grossesse. La suspension subite de tous les accidents, la disparition rapide de l'œdème par des urines aqueuses abondantes, ou par une sueur considérable, annoncent ordinairement alors la mort du fœtus, et l'interruption de l'incubation intra-utérine; on ne peut plus conserver de doute sur la réalité de cet accident, si, après s'être affaissées, les mamelles se tuméfient au bout de trois ou quatre jours et sécrètent du lait (1321).

L'intervalle qui s'écoule entre la manifestation des signes de la mort du fœtus et la parturition est d'un augure favorable pour l'accouchement, s'il n'est troublé par aucun accident nouveau; plus cet intervalle se prolonge, moins on doit redouter d'accidents pour la parturition. Mais si pendant ce temps-là l'utérus augmente de volume, si la femme se décolore et perd chaque jour ses forces à un plus haut degré, l'hémorrhagie persiste à s'accomplir dans la matrice; l'on a alors à craindre que l'accouchement, qui peut encore se faire attendre pendant un temps assez long, comme plusieurs semaines, n'arrive trop tard pour mettre fin à un état pathologique dont la gravité augmente d'instant en instant (1372).

Art. VII. Thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires.

Indications thérapeutiques générales pour la curation des hémorrhagies utéro-placentaires d'après l'influen.

1476. Les hémorrhagies utéro-placentaires se présentent à l'observation clinique sous deux formes qu'il nous importe de distinguer pour tracer les règles de la curation de ces maladies. Dans les unes, l'hémorrhagie n'est qu'imminente,

ou si elle s'est déjà manifestée, elle n'a point encore déterminé d'accidents qui rendent impossible la conservation de la grossesse et sa prolongation jusqu'à une époque plus ou moins rapprochée de son terme normal. Dans les autres, les accidents morbides sont tels que l'interruption de la grossesse est déjà déterminée ou inévitable, ou même nécessaire pour la cessation de l'hémorrhagie (1468).

ce qu'elles ont exercée sur la grossesse.

Pour les cas qui se rapportent à la première forme, la thérapeutique ne tend qu'à prévenir ou à arrêter l'hémorrhagie en conservant la gestation. Pour ceux de la deuxième, le but est à la fois d'obtenir la cessation de l'hémorrhagie, et de régulariser ou de déterminer les phénomènes de la parturition, considérés en même temps comme des causes d'accidents inévitables dont il faut atténuer l'intensité et abréger la durée, et comme des moyens de faire cesser l'hémorrhagie et de conserver la vie du fœtus et même celle de la mère.

§ I. *Thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires compatibles avec la persistance de la gestation.*

1477. La première difficulté que l'on éprouve pour établir les indications rationnelles du traitement des hémorrhagies utéro-placentaires ressort de la difficulté du diagnostic de l'état morbide qui a son siége dans l'utérus. Tant qu'on n'observe que les symptômes précurseurs de la maladie, on ne peut le plus souvent déterminer si l'hémorrhagie n'est encore qu'imminente, ou si elle s'est déjà manifestée avec des désordres internes plus ou moins étendus. Cette incertitude du diagnostic ne cesse complétement que lorsque des symptômes d'interruption de la gestation, ou un écoulement de sang au dehors, attestent l'existence d'une extravasation sanguine qui a profondément affecté l'organe indispensable à la continuation de la vie du fœtus. Il ne faut jamais attendre que la maladie soit arrivée à ce degré pour recourir aux moyens thérapeutiques; ces phénomènes ne sont d'abord pas constants, et ensuite, lorsqu'ils

Indications sur l'instant opportun pour recourir aux moyens thérapeutiques.

surviennent, il n'est plus temps de prévenir les suites fâcheuses de l'hémorrhagie pour la persistance de la gestation et même pour la conservation de la vie de la femme. La première indication thérapeutique est donc d'agir dès qu'on reconnaît chez les femmes grosses même les plus légers symptômes d'hyperaimie utérine insolite. Si ces phénomènes ne sont que précurseurs de l'hémorrhagie (1313, 1314), le traitement est prophylactique, et c'est une condition heureuse pour ses effets. Si les premiers symptômes coïncident déjà avec l'extravasation sanguine utéro-placentaire sans qu'on observe encore les signes de la mort du produit de la conception, on peut arrêter la marche des accidents et limiter la lésion interne à ne constituer qu'un foyer sanguin qui n'empêchera pas la grossesse de parcourir ses périodes jusqu'à son terme normal (1330).

Si la malade présente tous les signes de l'hémorrhagie utéro-placentaire latente, si la maladie s'est montrée, dès son début, sous la forme évidente, par l'issue du sang par l'orifice utérin, ou si la perte de sang n'est survenue qu'un certain temps après la manifestation des symptômes de l'hémorrhagie latente, il est plus immédiatement indiqué encore d'avoir recours sans retard aux moyens curatifs. On ne peut plus autant compter sur leurs heureux effets que dans les cas où la maladie est moins avancée; il ne faut pas néanmoins désespérer de les obtenir, puisque l'on trouve dans les auteurs beaucoup de faits qui prouvent que la grossesse peut encore continuer après de semblables accidents. Seulement, dans ces cas, la suspension des phénomènes morbides ne doit pas faire renoncer à continuer les moyens thérapeutiques; car il reste nécessairement dans les annexes du fœtus une lésion hémorrhagique grave, qui exerce par elle-même une fâcheuse influence sur la nutrition du fœtus, et qui ne fait que rendre plus active la prédisposition aux récidives de l'hémorrhagie, toujours très grande dans ces cas.

1478. La première indication thérapeutique, pour la curation des hémorrhagies utéro-placentaires, consiste à diriger le traitement dans la vue de tarir les sources de l'hémorrhagie, à quelque degré que la maladie soit arrivée, même lorsqu'on ne peut guère conserver d'espoir de prévenir l'interruption de la grossesse.

Expression des premières indications thérapeutiques à remplir.

Pour satisfaire rationnellement à cette indication, il faut apprécier la nature de la condition morbide initiale par laquelle se manifeste l'hémorrhagie utéro-placentaire. Cette condition morbide s'annonce par des phénomènes qui démontrent évidemment qu'elle consiste dans une hyperaimie exagérée de l'utérus. C'est cet état d'hyperaimie, qu'il soit primitif et qu'il constitue la cause première de tous les accidents, ou qu'il résulte indirectement de l'effet de causes occasionnelles ou proégumènes étrangères à la maladie, qui doit appeler en premier lieu l'attention des praticiens pendant l'imminence ou après la manifestation de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Les accidents qu'il occasionne motivent la prescription de tous les moyens de traitement qui s'emploient contre les métro-hémorrhagies (1283 *et sqq.*), car ces moyens thérapeutiques sont communs à ces dernières maladies et aux hémorrhagies utéro-placentaires; leur effet doit être de soustraire l'utérus à toute cause d'excitation ou de stimulation, de modifier la circulation de manière à atténuer tous les mouvements fluxionnaires dont la matrice est le but, et à éviter ainsi les stases et les congestions sanguines sur ce viscère, sur ses annexes et sur les organes voisins, et, enfin, d'agir sur la circulation utérine pour affaiblir autant que possible son activité.

1479. Il faut d'abord soustraire les malades à l'action de toutes les causes, même les moins actives, qui peuvent favoriser la congestion utérine. On enlèvera tous les liens qui pourraient gêner la liberté de la circulation; on mettra la malade au lit dans une position horizontale, dont on ne permettra même pas l'interruption pour satisfaire aux be-

Des premiers et des principaux moyens de traitement à diriger contre les hémorrhagies utéro-placentaires.

soins naturels et aux soins de propreté; le bassin sera élevé au dessus du niveau du corps; on soustraira les vêtements et les couvertures qui entretiendraient une chaleur trop grande; on abaissera la température de l'appartement de manière à ce qu'elle soit plutôt fraîche que chaude; on éloignera toutes les causes extérieures d'excitation quelconques, qui pourraient agir directement sur l'utérus, ou qui pourraient l'influencer indirectement par l'intermédiaire des autres organes ou appareils de l'organisme. Ainsi l'on veillera à ce que la femme n'éprouve aucune impression vive physique ou morale; à ce qu'elle ne se livre à aucune préoccupation, ni à aucun travail intellectuel, etc., etc. On conseillera un régime alimentaire adoucissant, propre à soutenir les forces, mais modéré, quant à la quantité et la qualité des aliments, de manière à ne donner aux fonctions digestives que l'activité la plus faible possible; on entretiendra avec soin la liberté des évacuations alvines, etc.

Nécessité de ne jamais omettre la prescription de ces moyens et d'insister sur leur usage.

1480. Ces moyens de traitement tiennent la première place dans la thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires, quelle que soit leur gravité; toute médication qui ne les comprendrait pas serait sans résultat heureux. Si l'on renonçait trop promptement à leur emploi, même un certain temps après que les accidents d'imminence, et à plus forte raison les accidents de manifestation de la maladie auraient cessé, on devrait s'attendre à une récidive. Ces moyens de traitement sont donc à la fois préservatifs et curatifs des hémorrhagies utéro-placentaires. On ne doit les interrompre que lorsque plusieurs semaines se sont écoulées après la cessation de tout symptôme de la maladie, et encore cette interruption ne doit-elle être faite qu'avec de grandes précautions et d'une manière progressive, pour revenir à toute la sévérité de la prescription, si l'on voyait reparaître le moindre prodrome morbide.

L'expérience clinique apprend qu'on peut le plus sou-

vent pour les hémorrhagies imminentes ou déclarées dans les douze premières semaines de la gestation, mettre un terme à la sévérité des prescriptions thérapeutiques au cinquième mois de la grossesse; le développement du placenta plus avancé et l'accroissement du fœtus devenu plus considérable, constituent alors des conditions organiques plus solides et moins susceptibles d'être altérées. Mais pour les hémorrhagies utéro-placentaires qui se produisent après le quatrième mois de la gestation, il est rare qu'on puisse renoncer à la sévérité des moyens de curation avant le dernier mois de la grossesse. Dans tous les cas, quand l'hémorrhagie utéro-placentaire s'est renouvelée plusieurs fois, la récidive n'eût-elle été qu'imminente, il est impérieusement indiqué d'insister sur ces moyens jusqu'à la fin de la grossesse.

Des hémorrhagies utéro-placentaires survenues dans les deux ou trois premiers mois de la gestation, peuvent être guéries et prévenues par cette simple méthode thérapeutique (1479), toutes les fois que l'on n'a pas à satisfaire à des indications directes résultant de l'intensité des accidents.

Indications spéciales de recourir aux émissions sanguines.

1481. La curation des hémorrhagies utéro-placentaires ne serait pas obtenue, ou au moins ne pourrait pas être tentée avec prudence que par cette simple médication, si la maladie s'annonçait avec une grande intensité, et se trouvait liée à un état de pléthore et d'activité de la circulation propre à rendre énergique le mouvement fluxionnaire qui tend vers l'utérus, et qui alimente la congestion sanguine dont cet organe est le siége. Les hémorragies utéro-placentaires exigent dans ces cas une médication encore plus active que celle des métro-hémorrhagies (1285), à cause de l'acte physiologique qui s'accomplit dans l'utérus et qui exagère à un si haut degré l'activité de la circulation dans cet organe et ses annexes (1426). Cette médication active repose principalement sur l'emploi rationnel des émissions sanguines générales et locales.

Des avantages et des dangers de la saignée chez les femmes grosses.

1482. La saignée générale chez les femmes grosses, proscrite par Hippocrate comme un moyen abortif [1], est aujourd'hui pratiquée avec hardiesse par le plus grand nombre des médecins, qui ne partagent pas les craintes qu'elle inspirait au père de la médecine ; craintes que l'on n'avait déjà plus au temps de Celse [2], qui conseillait avec raison d'avoir égard pour ce moyen thérapeutique, non à un précepte général, mais à la nature des accidents. Beaucoup de médecins hésitent cependant encore à recourir à la saignée dans les premiers mois de la gestation. Si l'on ne consultait que les observations cliniques dans lesquelles les émissions sanguines ont été opposées avec d'incontestables succès chez des femmes grosses à des états de pléthore générale, à des métrites, à des congestions utérines, et à des hémorrhagies utéro-placentaires, ou à des phlegmasies et des congestions sur divers organes, on soutiendrait facilement que la saignée constitue le moyen de traitement principal de la plupart des maladies qui peuvent troubler la marche de la gestation. Cette conséquence des faits cliniques, jointe aux résultats également bien constatés de saignées pratiquées sans inconvénient chez des femmes grosses, même quand elles étaient peu indiquées, conduirait à admettre que les émissions sanguines sont bien loin d'avoir, pendant la gestation, tout le danger qu'on leur a attribué, plutôt par respect pour l'autorité d'Hippocrate que d'après une expérience éclairée. On serait ainsi conduit à un précepte de thérapeutique opposé à celui du médecin de Cos, mais tout aussi dangereux dans ses conséquences. Il est incontestable que la saignée, employée dans la vue criminelle de procurer des avortements, a trop souvent ce résultat ; il n'est pas de praticien qui n'en puisse citer des preuves. Si des tentatives coupables sont fréquemment déçues, il

[1] *Mulieri uterum gerenti vena secta abortionem facit, idque potissimum si fœtus grandior fuerit.* (Aph., lib. v, n° 31.)

[2] *De med.*, lib. II, cap. x.

suffit qu'il n'en soit pas toujours ainsi pour qu'il faille considérer la saignée comme un moyen qui ne doit être prescrit qu'avec prudence et sur des indications bien précises. On a d'ailleurs la preuve que la saignée, pratiquée avec peu de mesure chez les femmes grosses, peut être dangereuse, d'après la manifestation d'avortements déterminés par des hémorrhagies abondantes survenues par des voies éloignées de l'utérus. Ainsi, nous avons vu l'avortement produit par une épistaxis qui avait jeté la femme dans un état d'oligaimie tel qu'elle ne pouvait changer de place dans son lit sans éprouver des syncopes.

Indications directes pour la prescription de saignées chez les femmes grosses

1483. Il serait aussi imprudent de négliger, pendant la gestation, les émissions sanguines chez les femmes pléthoriques, chez celles qui sont d'un tempérament sanguin ou qui ont des phlegmasies ou des hémorrhagies, surtout chez celles qui présentent un état d'hyperaimie prononcé de l'utérus et des organes voisins, qui peut entraîner ou qui même a déjà produit l'hémorrhagie utéro-placentaire (1405, 1406, 1408, 1409, 1410), qu'il le serait d'insister sur ce moyen quand cette maladie est imminente ou déjà déterminée par suite d'un état nerveux qui se traduit par des spasmes utérins (1398), ou par suite d'une débilité extrême à laquelle participent évidemment les fonctions et le développement du placenta et du produit de la conception (1443).

Chez les femmes d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, la saignée faite avec mesure n'est jamais dangereuse pendant la grossesse, à quelque période qu'elle soit arrivée. Quand il se manifeste chez ces femmes un état de surexcitation évident du système circulatoire avec des douleurs même obtuses, soit spontanées, soit provoquées par la pression ou par les mouvements de l'enfant, dans le globe utérin, ou vers les fosses iliaques et les aines, ou à la région lombaire; si ces accidents ne disparaissent pas par le repos dans la position horizontale et par les précautions de régime (1479), la saignée est directement indiquée.

Utilité des saignées pour prévenir les récidives des hémorrhagies utéro-placentaires et pour remédier aux effets des désordres que ces hémorrhagies ont pu occasionner.

1484. La saignée convient encore d'une manière plus pressante quand des signes évidents ou rationnels d'hémorrhagie utéro-placentaire (1449, 1455) se manifestent dans les circonstances générales que nous venons de déterminer comme indiquant de recourir aux émissions sanguines; il ne faut même pas attendre la manifestation de ces signes pour y recourir. Hoffmann a rapporté plusieurs observations sur des femmes pléthoriques qui avaient déjà eu plusieurs grossesses interrompues par des hémorrhagies, chez lesquelles il est parvenu à prévenir de pareils résultats par des saignées répétées dans des grossesses subséquentes, soit comme moyen prophylactique, soit même comme moyen curatif d'hémorrhagies utéro-placentaires qui menaçaient d'occasionner des accidents semblables à ceux observés pendant les précédentes grossesses [1].

1485. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire est survenue avec intensité, si elle n'a pas déterminé une perte de sang assez considérable pour déprimer le pouls, et jeter la malade dans un commencement d'oligaimie, l'action déplétive et dérivative de la saignée est le moyen le plus sûr pour arrêter l'extravasation du sang, et prévenir, s'il en est temps encore, la désorganisation des adhérences utéro-placentaires qui interromprait la gestation.

1486. Lorsqu'il s'est manifesté des accidents d'hémorrhagie utéro-placentaire, que l'on a été assez heureux pour arrêter, la saignée est encore le moyen de traitement sur lequel il faut le plus compter pour prévenir le retour de la maladie. Elle convient aussi pour annuler les effets fâcheux que peut produire l'état d'irritation utérine, nécessairement entretenu par l'hyperaimie qui persiste à un certain degré dans l'appareil vasculaire utérin et par la présence des caillots sanguins que l'hémorrhagie a déposés, soit entre le placenta et l'utérus, soit dans le tissu placentaire lui-même. C'est dans des cas de cette espèce que l'on doit réi-

[1] *Op. omnia*, t. II, sect. I, cap. V; t. III, p. 185, obs. I, II; p. 185, obs. V.

térer les émissions sanguines aussitôt que des symptômes morbides, du côté de l'utérus, se reproduisent, à l'exemple de Mauriceau, qui ne craignit pas, dans une grossesse compliquée de ces accidents, de faire pratiquer jusqu'à quatre-vingt-dix saignées. Ne perdons pas de vue cependant qu'on ne peut obtenir d'heureux effets de cette pratique hardie qu'en agissant avec la plus grande prudence; il faut se diriger d'après le développement du pouls, selon l'intensité des accidents utérins et sur la facilité avec laquelle la femme répare les effets immédiats des pertes de sang.

Des limites dans lesquelles il faut circonscrire la pratique des émissions sanguines.

1487. Quand on a diminué les accidents principaux de la maladie, et modéré l'activité de la circulation, il ne faut pas se hâter de revenir aux saignées parce que les malades conservent quelques douleurs lombaires, ou parce que les mouvements de l'enfant sont douloureux, ou même parce qu'il survient quelques coliques utérines. Ces accidents s'expliquent par la présence inévitable des produits de l'hémorrhagie entre l'utérus et le placenta, ou dans le placenta lui-même. Les saignées réitérées ne les font point cesser, et d'ailleurs ces symptômes, tant qu'ils ne se joignent pas à un véritable état de pléthore, ne reproduisent pas l'hémorrhagie. Mauriceau, en pareille circonstance, chez une femme qui avait été prise à six semaines de grossesse d'une perte de sang peu considérable, qui s'était reproduite pendant trois mois entiers, par intervalles de quatre à cinq jours, se borna à pratiquer deux saignées, et n'opposa aux douleurs de reins qui persistèrent pendant le reste de la grossesse que les précautions de repos et de régime (1479) indispensables dans tous les cas d'hémorrhagie utéro-placentaire [1].

En dépassant le but dans la pratique des émissions sanguines, on augmente la susceptibilité nerveuse de la femme, ou on la jette dans un état de faiblesse extrême qui se fait sentir autant et plus peut-être sur la fonction qui s'accomplit

[1] Obs. 612, p. 502.

dans l'utérus que sur tous les autres actes organiques, et l'on favorise ainsi l'avortement. Les effets fâcheux immédiatement déterminés dans ces cas par des saignées trop abondantes, s'annoncent par de la céphalalgie continue, de l'anorexie portée quelquefois au point de faire refuser tous les aliments, des palpitations, etc. (1397); l'œdème des extrémités survient; les fonctions digestives se font difficilement et d'une manière imparfaite, qui ne permet pas de réparer les forces; un état fébrile se montre et se joint à des spasmes utérins qui reproduisent l'hémorrhagie, que l'on ne peut plus ensuite combattre qu'avec peu de chances de succès.

Facilité avec laquelle les femmes grosses supportent les saignées.

1488. Il faut cependant remarquer que les émissions sanguines, chez les femmes grosses, ne sont pas en général suivies d'une oligaimie aussi considérable qu'on serait porté à le penser, d'après la quantité de sang extraite des vaisseaux, même chez des femmes d'une constitution débile et d'un tempérament marqué par une faible activité de la circulation. Il est incontestable que, par suite de l'influence exercée sur tout l'organisme par l'état de gestation, la réparation des pertes de sang se fait avec une plus grande facilité que dans l'état de vacuité de l'utérus; cette facile réparation est en général d'autant plus grande que la gestation est plus avancée (106). L'habitude de l'hémorrhagie menstruelle, interrompue par la grossesse, constitue une disposition à la polyaimie qui contribue aussi puissamment à réparer les déperditions sanguines (113). La pratique fait néanmoins reconnaître que l'on tire souvent de trop larges conséquences de cette disposition spéciale des femmes grosses pour opérer des émissions sanguines. On retrouve chez ces femmes toutes les idiosyncrasies qui se présentent chez tous les sujets et dans toutes les conditions physiologiques et pathologiques, par suite desquelles la résistance aux effets des émissions sanguines et l'aptitude à réparer les déperditions qu'elles entraînent varient dans de larges limites qu'il est impossible de déterminer d'avance.

On reconnaît aussi, par l'observation clinique, qu'il y a sous ce rapport, chez quelques femmes, des différences extrêmes entre l'état habituel et l'état de grossesse, et même entre des grossesses différentes chez les mêmes sujets. On trouve des femmes qui supportent sans inconvénient de larges saignées dans l'état de santé habituel, et qui ne le peuvent plus dans l'état de gestation, et réciproquement; de même que l'on en voit d'autres que l'on a saignées plusieurs fois, non seulement sans accident, mais même avec avantage dans une ou plusieurs grossesses, qui se trouvent dans des conditions tout opposées dans des grossesses subséquentes. Ces observations imposent, dans le traitement des maladies qui peuvent compliquer la gestation, de ne procéder qu'avec une certaine réserve, en ne faisant d'abord que de faibles saignées que l'on réitère ensuite suivant les effets que l'on en obtient.

De la nécessité d'éviter les syncopes dans la pratique des émissions sanguines chez les femmes grosses.

1489. La plupart des praticiens les plus exercés au traitement des maladies des femmes grosses, Mauriceau, Lamotte, Levret, etc., ont reconnu le danger des syncopes pendant la gestation. La suspension momentanée de l'action du cœur dans la syncope, les mouvements spasmodiques qu'elle détermine très fréquemment et qui se font souvent sentir à la matrice, peuvent être suivis d'une interruption durable des rapports physiologiques de l'utérus avec le produit de la conception. C'est sans doute ainsi que les émissions sanguines deviennent abortives, et c'est probablement pour ce motif que les saignées du pied, qui occasionnent plus fréquemment des syncopes que les saignées du bras, ont plus souvent ce résultat; il faut cependant attribuer aussi en grande partie ces effets fâcheux à l'influence plus directe que ces saignées exercent sur la circulation abdominale, et spécialement sur la circulation utéro-pelvienne (1407). Ces remarques cliniques ont porté des praticiens à ne pratiquer les saignées chez les femmes grosses que par une petite ouverture, en ralentissant ou

même en interrompant de temps en temps l'écoulement du sang par l'occlusion de la veine. Ces précautions ne doivent point être négligées; nous y joignons la recommandation de ne pratiquer la saignée chez les femmes grosses que pendant qu'elles sont couchées (185), et de ne jamais faire chez elles d'abondantes émissions sanguines. A moins d'indications pressantes et très prononcées, déduites de l'état pléthorique; à moins d'avoir été éclairé par le résultat utile et la réparation facile du sang obtenus après une saignée antécédente dans la même grossesse, nous ne croyons pas prudent de tirer plus de six à huit onces de sang, et encore faut-il avoir soin d'interroger avec attention l'état du pouls pendant que le sang coule, pour suspendre la saignée dès que la syncope est imminente. Il ne s'agit pas, chez ces sujets, d'enrayer ou de suspendre l'hyperaimie et l'orgasme utérin, inséparables de la grossesse (1425), mais seulement de les modérer. Il vaut mieux pratiquer plusieurs petites saignées à de courts intervalles qu'une saignée trop abondante, on se met ainsi en garde contre les accidents, et l'on obtient une action dérivative plus puissante, parce que, se renouvelant plusieurs fois par les saignées réitérées, elle est en quelque sorte plus prolongée.

Des saignées locales et de leur utilité dans la grossesse.

1490. Les émissions sanguines locales sont habituellement trop négligées chez les femmes grosses, surtout dans le traitement des hémorrhagies utéro-placentaires. Nous avons tant de fois eu à nous applaudir de les avoir conseillées dans ces cas, que nous les prescrivons avec une grande confiance toutes les fois que l'état général n'indique pas directement les saignées déplétives.

1491. Lorsque les malades éprouvent comme symptômes dominants une vive sensibilité à la pression du globe utérin, ou des douleurs spontanées intenses vers les fosses iliaques et à l'insertion des ligaments ronds, ou bien dans les cas où le vagin et les petites et les grandes lèvres sont le

siége d'un gonflement hyperaimique quelquefois très douloureux, nous faisons appliquer des sangsues aux aines, à l'anus, et quelquefois même à la vulve.

1492. Quand l'état de turgescence, qui s'allume dans l'utérus et les ovaires dans le commencement de la grossesse, provoque des vomissements opiniâtres et un état de douleur continue aux lombes et à l'hypogastre, les saignées locales aux aines sont très utiles et n'ont pas les inconvénients des saignées générales, qui ne sont jamais plus facilement suivies d'avortement que dans les premières semaines de la grossesse. Ces accidents sont souvent des prodromes de l'hémorrhagie utéro-placentaire; ils indiquent fréquemment un état de phlegmasie de l'ovaire et de la trompe qui constitue une cause pathologique aussi bien fréquente de cette hémorrhagie (1409), qui est alors facilement suivie d'avortement; ils sont aussi liés dans beaucoup de cas à l'apparition des règles pendant la grossesse, qui constitue également une prédisposition à l'hémorrhagie utéro-placentaire abortive (1395); ils cèdent ordinairement, ou au moins diminuent beaucoup d'intensité, par la saignée locale.

1493. La manifestation des hémorrhoïdes pendant la grossesse (1405), nécessairement liée à un état d'hyperaimie utéro-pelvienne (612), est encore une indication précise de l'emploi des saignées locales. Elle est habituellement jointe à la pléthore, qu'il faut combattre par la saignée générale; mais quand cette condition n'existe plus, les saignées locales à l'anus sont nécessaires. On est souvent obligé de les réitérer plusieurs fois pour combattre la turgescence considérable des tumeurs hémorrhoïdales, et surtout pour prévenir leur inflammation qui est une cause de vives souffrances et qui entretient une congestion étendue jusqu'aux organes génitaux internes (590), et qui devient ainsi une cause d'hémorrhagie utéro-placentaire.

1494. Les phlegmasies qui surviennent dans le voisi-

nage de l'utérus, pendant la grossesse, prédisposent directement à l'hémorrhagie utéro-placentaire et exigent un traitement propre à les modérer, et surtout à atténuer autant que possible l'hyperaimie inflammatoire liée à leur présence. Les saignées locales sont encore souvent utiles dans ces cas; nous y avons recours dans les catarrhes vaginaux aigus et intenses des femmes grosses, et dans les dysenteries qui compliquent quelquefois la gestation. Dans ces cas, c'est encore aux aines, à la vulve, sur les régions des fosses iliaques, à l'anus, que nous faisons appliquer les sangsues.

De la mesure dans laquelle il convient de pratiquer les saignées locales chez les femmes grosses.

1495. Dans tous les cas où l'on veut obtenir par la saignée locale un effet déplétif aussi immédiat que possible des vaisseaux de l'utérus ou des parties voisines, il est toujours important de se mettre en garde contre les syncopes. Les saignées locales tirent du sang artériel; sous ce rapport leur effet immédiat, quand elles sont pratiquées avec une certaine abondance, est plus facilement suivi de la syncope que celui de la phlébotomie (1489). Quant à l'intensité de cet effet immédiat, on remarque aussi qu'il est plus prononcé chez certains sujets, toutes choses égales d'ailleurs, que celui des émissions de sang veineux; il est plus difficile de prévoir quelle sera la quantité de sang obtenu des saignées locales, surtout quant on les opère sur des parties congestionnées, et dont l'appareil vasculaire est très développé. Toutes ces considérations doivent être pesées par le praticien; elles lui imposent une prudence plus grande peut-être dans l'emploi des saignées locales que dans celui de la phlébotomie.

Contr'indications des saignées locales chez les femmes grosses.

1496. Les émissions sanguines locales exercent sur l'appareil vasculaire des parties qui les supportent une action déplétive qui y appelle une circulation afférente plus active et une véritable hyperaimie. On tire parti, en thérapeutique, de cet effet des saignées locales, en le produisant sur des parties extérieures situées au dessous de l'utérus, et liées à

sa circulation par leur système vasculaire; la fluxion et l'hyperaimie appelées sur ces parties s'étendent à la matrice, au point de reproduire en elle des hémorrhagies. Ce fait incontestable a porté des médecins à rejeter absolument l'emploi des saignées locales à la vulve et à l'anus pendant la grossesse, dans la crainte de favoriser la production de l'hémorrhagie utéro-placentaire et l'interruption de la gestation (1407). Ces médecins invoquent, à l'appui de cette exclusion, les effets abortifs de ces saignées locales, aussi employées assez souvent dans des vues criminelles, surtout dans les premières semaines de la grossesse.

Nous faisons une distinction, quant aux effets des saignées locales, entre l'état sain des parties sur lesquelles on agit et l'état pathologique. Les saignées locales à la vulve et dans son voisinage agissent sur l'utérus, lorsqu'on veut provoquer en lui une hyperaimie et une hémorrhagie, précisément de la même manière qu'une hyperaimie morbide hémorrhagique ou inflammatoire développée dans ces parties. Quel praticien n'a pas observé l'augmentation du flux menstruel, et sa manifestation accélérée par des phlegmasies vaginales et vulvaires, ou par la dysenterie ou les hémorrhoïdes intenses? Si l'on a recours aux émissions sanguines locales sur les parties qui sont le siége de ces maladies qui agissent sur l'utérus comme hémorrhagipares, on tend évidemment à diminuer leur influence fâcheuse en diminuant l'intensité de la congestion qui leur appartient comme élément principal, pourvu qu'on n'excède pas les limites dans lesquelles l'effet de la saignée locale sera seulement déplétif pour ces parties malades; de même qu'on n'augmente pas une congestion sanguine hémorrhagique ou inflammatoire dans un organe qui en est le siége, en le soumettant directement à une émission sanguine locale qui n'excède pas le degré auquel elle n'agit que comme moyen évacuant sur les vaisseaux de cette partie. C'est ainsi que nous concilions avec le danger qui résulte des émissions

sanguines pratiquées à la vulve, à l'anus ou aux cuisses pendant la grossesse, lorsqu'il n'existe aucun état pathologique dans les parties sur lesquelles on agit directement, les avantages que nous avons obtenus un grand nombre de fois des applications de sangsues sur ces parties, quand elles étaient le siége de congestions sanguines qui prédisposaient l'utérus à l'hémorrhagie utéro-placentaire. Les saignées locales pendant la grossesse, hors les cas qui viennent d'être spécifiés et sans les précautions indiquées, sont dangereuses; elles ne le sont cependant pas toutes au même degré, celles qu'on pratique aux aines et à l'hypogastre ont le moins d'inconvénient.

Utilité des saignées locales pratiquées loin de l'utérus contre les hémorrhagies utéro-placentaires.

1497. Les émissions sanguines locales peuvent être utilement employées sur des parties éloignées de l'utérus à l'état de gestation, toujours en vue de combattre l'hyperaimie hémorrhagique dont il peut être le siége, ou dont il est menacé par suite de maladies inflammatoires des organes voisins (1405, 1406, 1408).

La turgescence que la gestation produit synergiquement dans les mamelles est une indication pour agir sur l'utérus par leur intermédiaire; elle avait conduit Hippocrate à faire appliquer des ventouses sur ces organes dans les métro-hémorrhagies (1288). Nous pratiquons, à son exemple, des saignées locales sur les côtés des mamelles et vers les aisselles, pour prévenir et combattre l'hémorrhagie utéro-placentaire; des applications de sangsues sur cette région, rendues plus efficaces par l'action des ventouses provoquée sur leur morsure, sont un moyen dont on obtient d'excellents résultats.

Utilité des topiques irritants contre les hémorrhagies utéro-placentaires.

1498. Les topiques irritants qui appellent une vive fluxion et qui déterminent une injection vasculaire et une congestion sanguine étendues aux parties sur lesquelles on les applique, exercent une action dérivative, jusqu'à un certain point comparable aux effets des émissions sanguines, sans avoir comme elles l'inconvénient de soustraire un li-

quide que la malade ne peut quelquefois plus perdre sans danger. Ces moyens thérapeutiques sont d'une grande utilité contre les hémorrhagies utéro-placentaires, soit pour prévenir leur manifestation ou leurs récidives imminentes, soit pour les faire cesser; ils ont l'avantage de convenir dans des cas où les émissions sanguines sont contr'indiquées; leur action est d'autant plus efficace qu'on peut la prolonger pendant très longtemps en réitérant leur application. Les ventouses sèches, les sinapismes, les frictions stimulantes et irritantes, les épispastiques, sont les moyens par lesquels on obtient ces résultats; on les fait appliquer sur les parties supérieures du corps, entre les épaules, sur les côtés du thorax, sous les clavicules, sur les hypochondres et sur les parties latérales de l'abdomen. Rivière avait habituellement recours à ces moyens topiques, et il insistait beaucoup sur leur utilité [1]. Nous ne manquons jamais de les conseiller quand nous avons satisfait aux indications qui exigent les saignées; et, dans les cas où les saignées ne sont plus praticables, nous y avons recours de prime-abord, en ayant soin de les renouveler plusieurs fois par jour. Dans quelques cas graves, nous en rendons même l'action continue en faisant succéder les unes aux autres sans interruption ces applications diverses. Nous réduisons souvent le traitement des hémorrhagies utéro-placentaires à cette seule médication, jointe au soin indispensable de tenir la femme sous l'influence du régime et du repos, réglés, comme nous l'avons indiqué (1479), pour combattre les douleurs lombaires et hypogastriques, et les coliques utérines qui restent pendant un certain temps après l'hémorrhagie supprimée, et qui indiquent toujours une

[1] *Si vero propter dolores contumaces, aut causæ externæ violentiam, sanguis apparere incipiat, revellentia remedia administranda sunt, ut frictiones superiorum partium, et ligaturæ dolorificæ, tum cucurbitulæ scapulis, sub mammis et utrique hypochondrio admovendæ.* (*Praxeos med.*, lib. XV, cap. XVII.)

MANCHESTER MEDICAL SOCIETY

grande aptitude à sa reproduction. Nous ne manquons jamais de recourir encore à ces moyens quand un léger écoulement de sang par l'utérus persiste d'une manière continue, et sous une forme presque chronique, après la cessation des accidents initiaux d'hyperaimie utérine.

Nous n'avons jamais vu d'accidents déterminés par cette médication, qui ne peut être contr'indiquée que par une grande susceptibilité nerveuse des malades sur la sensibilité desquelles elle agit nécessairement.

Des limites qu'il faut donner assez souvent à l'effet des moyens extérieurs irritants.

1499. L'irritabilité des malades est ordinairement exaspérée par l'état de grossesse, par les accidents de l'hémorrhagie et par l'inquiétude qu'ils font souvent naître chez les femmes; elle serait bientôt exaspérée par des topiques irritants d'une trop grande étendue ou trop multipliés sur différentes parties du corps. Il est néanmoins toujours facile d'éviter tous ces inconvénients; il suffit de préférer les moyens topiques qui mettent le moins en jeu la sensibilité, tels que les ventouses sèches, les topiques simplement chauds et peu stimulants plutôt qu'épispastiques. Avec quelque habitude clinique, il est facile de s'arrêter dans de justes limites et de graduer l'action irritante de ces médicaments externes d'après le degré de susceptibilité des sujets. On peut compter que, dans ces cas, l'irritabilité exagérée des malades augmente l'activité et par conséquent l'efficacité du moyen topique, au point qu'on obtient une irritation et une hyperaimie cutanées considérables avec des topiques dont l'action serait trop faible pour produire le moindre effet en toute autre circonstance.

Utilité des moyens thérapeutiques qui agissent comme sédatifs de la circulation pour la curation des hémorrhagies utéro-placentaires.

1500. L'importance que les praticiens attachent à l'action des moyens thérapeutiques qui modèrent directement l'activité de la circulation dans tout le système circulatoire, et plus ou moins médiatement dans l'appareil vasculaire utéro-pelvien, se retrouve encore dans le soin avec lequel ils recommandent toujours de tenir les malades dans le plus grand repos, et surtout à l'abri de toute influence stimu-

lante, qui retentirait principalement sur l'utérus en raison de son état d'hyperaimie et de l'activité vitale extraordinaire dont il est le siége pendant la gestation (1423). Cette indication dominante dans la thérapeutique des maladies qui nous occupent, exige souvent qu'on ait recours, pour la remplir plus complétement, à des moyens qui exercent une action véritablement sédative sur les fonctions organiques, et spécialement sur celles qui s'accomplissent dans l'utérus. L'administration des boissons et des aliments froids rend leur action aussi peu excitante que possible pour les organes digestifs; la soustraction de calorique qu'elle provoque (178) sur des surfaces douées d'une grande irritabilité et pourvues d'un appareil circulatoire très riche diminue l'activité de la circulation. On tire un grand parti de ce moyen dans le traitement des hémorrhagies utéro-placentaires, pourvu que l'on ait en même temps le soin de satisfaire à toutes les indications qui exigent les émissions sanguines pour prévenir l'influence de la réaction, qui non seulement annulerait les effets de l'application du froid, mais qui pourrait même les rendre indirectement dangereux. Toutefois, ce résultat secondaire n'est pas à redouter quand on procède à l'application du froid avec une certaine mesure et d'une manière progressive; c'est pourquoi nous avons l'habitude de prescrire d'abord aux femmes affectées, ou seulement menacées d'hémorrhagies utéro-placentaires, de prendre les aliments et les boissons à la température fraîche, que nous faisons ensuite abaisser jusqu'au degré de glace fondante si les accidents morbides persistent. Nous n'arrivons à cette basse température que progressivement et presque toujours après avoir pratiqué des émissions sanguines, ou bien après que les malades ont éprouvé, par le fait même de l'hémorrhagie, une déperdition de sang assez considérable pour prévenir la possibilité d'une réaction dangereuse.

L'administration des aliments et des boissons à une tem-

pérature fraîche ou même froide a d'ailleurs aussi pour résultat de rendre plus facile et surtout moins douloureuse la digestion, qui devient souvent pénible par des douleurs d'estomac, que l'affection utérine produit fréquemment comme effet épiphénoménique. On retire presque toujours de l'avantage de continuer cette administration des aliments et des boissons froides pendant le reste de la grossesse. Les femmes s'en trouvent souvent si bien qu'elles demandent qu'elle ne soit pas interrompue, même quand elles n'éprouvent plus d'accidents; la continuation de ce régime est d'ailleurs très propre à prévenir de nouvelles hémorrhagies. Nous pourrions citer, en témoignage de l'efficacité de cette médication, le fait d'une femme qui avait eu deux grossesses interrompues par des hémorrhagies utéro-placentaires; le flux menstruel était resté si abondant pendant huit jours chaque mois, qu'il constituait un véritable état morbide. Nous conseillâmes le régime alimentaire froid et les boissons à la glace pour une hémorrhagie semblable qui faillit avoir un résultat abortif au troisième mois d'une troisième grossesse. Cette dame accoucha à terme et heureusement; nous l'engageâmes ensuite à continuer ce régime comme moyen diététique ordinaire. Elle est devenue enceinte une quatrième fois, et la gestation a parcouru ses périodes sans aucun accident; elle n'a pas interrompu le régime tout en allaitant son enfant; les règles ont ensuite diminué d'abondance, et ont ainsi persisté depuis deux ans que la santé de cette dame est entièrement rétablie.

Utilité des topiques froids sur le ventre contre les hémorrhagies utéro-placentaires.

1501. Nous ne bornons pas à ces seuls moyens l'application du froid dans la thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires; nous avons recours en même temps à des topiques froids sur le ventre, sur les cuisses et sur toute la périphérie du bassin. L'emploi de ces topiques, combiné avec l'application des dérivatifs sur les parties du corps éloignées (1498), nous paraît constituer une méthode de traitement des plus utiles, parce qu'elle réunit des moyens

dont les effets tendent au même but; c'est à dire à la diminution de l'hyperaimie et de l'activité circulatoire utérines.

Dans les cas d'hémorrhagie utéro-placentaire modérée, des cataplasmes ou des fomentations fraîches à la température de douze ou quinze degrés C., sur le ventre, joints à des lavements à la même température, suffisent ordinairement pour enrayer la maladie; mais dans les cas où l'hémorrhagie arrive avec intensité, qu'elle soit latente, ou apparente par l'écoulement du sang à l'extérieur, l'effet des topiques à ce degré thermométrique serait trop faible, il faut abaisser leur température jusqu'à celle de la glace fondante, on la remonte ensuite, lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, jusqu'à celle de l'eau fraîche à douze ou quinze degrés.

Ces moyens de curation ont un effet énergique qui ne pourrait probablement pas être continué pendant longtemps sans inconvénient, même à cause de la grossesse; ils imposeraient d'ailleurs à la femme une gêne qui deviendrait douloureuse par sa prolongation. Il ne faut donc y recourir que temporairement, sauf à revenir à leur application si la maladie se reproduit.

Utilité des topiques froids dans les cas d'hémorrhagies utéro-placentaires symptomatiques des hémorrhoïdes.

1502. On retire les plus grands avantages des topiques froids autour du bassin quand l'hémorrhagie utéro-placentaire est imminente ou se trouve même déjà déclarée, lorsqu'elle survient consécutivement à des gonflements hémorrhoïdaires (1405) ou à une congestion sanguine vulvo-vaginale (1407). Dans ces cas, si l'hémorrhagie utéro-placentaire n'est qu'imminente, nous augmentons l'activité des topiques appliqués directement sur les parties extérieures affectées (656), en faisant administrer en même temps des bains de siége frais, dont nous n'avons jamais abaissé la température au dessous de douze à quinze degrés C.

Utilité des topiques froids contre les spasmes utérins.

1503. Lorsqu'il est indiqué, pour prévenir l'hémorrhagie utéro-placentaire, de faire cesser les contractions spasmodiques de la matrice (1314, 1398), l'on a encore utilement recours aux topiques froids sur le ventre, aux bains

de siége frais et aux lavements froids; ces topiques agissent alors comme antispasmodiques de l'utérus et diminuent aussi l'activité circulatoire utéro-pelvienne, deux modes d'action qui sont l'un et l'autre appropriés à la curation de l'état morbide.

Indications thérapeutiques spéciales qui résultent de la présence des phlegmasies de l'ovaire et des spasmes utérins.

1504. Les moyens de traitement dont nous venons de discuter la valeur pour la prophylaxie ou la curation des hémorrhagies utéro-placentaires, conviennent également dans les cas où ces maladies sont liées à des états pathologiques de l'utérus et de ses annexes; seulement ces états morbides exigent des modifications dans l'emploi des moyens pour les approprier en même temps à leur curation spéciale et à celle de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

Nous avons insisté sur les indications qui résultent pour le traitement, de la présence des hyperaimies et même des tumeurs hémorrhoïdales et des hyperaimies vulvo-vaginales (1502), la nature et les causes immédiates de ces dernières maladies étant les mêmes que celles qui se rapportent aux hémorrhagies imminentes ou déjà développées dans l'utérus, les indications curatives des unes et des autres se confondent et n'exigent aucune autre distinction pour l'application des moyens thérapeutiques que celle qui résulte du choix du lieu sur lequel il faut diriger les saignées locales déplétives et les topiques dérivatifs. Mais il n'en est pas de même pour d'autres états pathologiques qui peuvent se lier avec l'hémorrhagie utéro-placentaire, et surtout pour les phlegmasies aiguës ou chroniques de l'ovaire et les spasmes utérins; pour ces maladies, les modifications dans le traitement doivent être si grandes, qu'il suffit de méconnaître les indications qui en résultent pour que la médication soit sans résultats heureux.

Traitement spécial approprié à prévenir et à combattre les hémorrhagies utéro-placentaires symptomatiques

1505. L'interruption habituelle de la grossesse par des hémorrhagies utéro-placentaires chez les femmes affectées de phlegmasie aiguë ou chronique de l'ovaire, impose la nécessité d'une médication dirigée contre l'imminence de

ces hémorrhagies sans attendre qu'elle soit annoncée par des prodromes; elle indique surtout d'insister sur les moyens thérapeutiques convenables aussi longtemps que l'affection morbide des ovaires persiste, même après qu'on a pu faire cesser des symptômes d'hémorrhagie utéro-placentaire qui se seraient manifestés. Les émissions sanguines générales et locales, un régime diététique approprié à l'intensité des accidents inflammatoires conviennent surtout dans ces cas. On seconde leurs effets par l'administration des bains, par les topiques émollients sur le ventre, et l'on insiste avec persévérance sur la recommandation de garder le repos au lit et à l'abri de l'action des causes de stimulation qui agissent sur toute l'économie ou spécialement sur les organes génitaux internes. On gradue l'activité de tous ces moyens sur l'intensité des accidents, tout en tenant compte des indications et contr'indications qui résultent de l'état de grossesse et surtout de la nécessité de continuer le traitement pendant la plus grande partie, le plus souvent même pendant la totalité de la durée de la gestation.

de l'inflammation de l'ovaire.

L'ovarite ne guérit qu'avec lenteur, et dans les cas dont il s'agit, elle ne cède guère avant la fin de la grossesse, à cause de l'état de turgescence de l'utérus et de ses annexes qui se lie à cette fonction (1426). Cette circonstance impose au médecin le soin de ménager les forces des malades, et de mettre des limites à l'activité des moyens de traitement, de manière à pouvoir les continuer pendant longtemps. C'est dans ce but qu'on doit ne pratiquer que de petites émissions sanguines qu'on réitère par intervalles, soit par la phlébotomie, soit par des applications de sangsues aux aines ou à l'hypogastre.

Dans les cas où la maladie de l'ovaire résiste à ces moyens et reproduit, à chaque moment, le danger de l'hémorrhagie utéro-placentaire, nous n'hésitons pas à établir à la partie inférieure de la ligne blanche un exutoire profond, que nous entretenons jusqu'à la fin de la grossesse. Nous

pourrions citer, pour montrer les avantages de ce moyen thérapeutique, le fait d'une femme de vingt-cinq ans, mère de deux enfants, qui fut prise, vers la fin du deuxième mois de sa troisième grossesse, d'une ovarite gauche que l'on combattit inutilement par des saignées générales et locales. Une hémorrhagie utéro-placentaire évidente et peu considérable se reproduisit cinq fois de la dixième à la quinzième semaine de la grossesse; nous la suspendîmes deux fois par la saignée locale appliquée à la fosse iliaque, et une fois par des ventouses au côté du thorax en dehors des mamelles, et par des applications froides autour du bassin. Une fontanelle profonde fut alors ouverte au bas de la ligne blanche, l'imminence de nouvelles hémorrhagies cessa, et la malade arriva sans accident au terme de sa grossesse. Nous ne manquâmes pas cependant de faire continuer les précautions de régime jusqu'à l'accouchement, qui donna naissance à un enfant faible, mais viable, et qui nous mit à même de constater la présence de deux foyers hémorrhagiques dans le placenta.

1506. Les spasmes utérins, les douleurs lombaires et hypogastriques, les coliques utérines : que tous ces symptômes se montrent comme les seuls phénomènes morbides précurseurs de l'hémorrhagie utéro-placentaire, ou qu'ils soient liés à cette hémorrhagie, ou qu'ils se joignent à d'autres états pathologiques qui peuvent par eux-mêmes produire l'hémorrhagie utéro-placentaire, indiquent directement une médication appropriée à leur présence, même quand ils ne sont qu'imminents. Cette médication comprend l'emploi méthodique des antispasmodiques, et complète, avec l'administration des saignées locales (1490) et générales (1481), des révulsifs (1498) et des topiques froids, le traitement général applicable à toutes les hémorrhagies utéro-placentaires imminentes ou évidentes.

De l'utilité de l'opium comme moyen curatif et

1507. Parmi les antispasmodiques qu'il faut administrer contre les coliques utérines, qui servent quelquefois de

prodromes aux hémorrhagies utéro-placentaires, et surtout contre les spasmes utérins qui précèdent et accompagnent si souvent ces hémorrhagies, l'opium occupe le premier rang. Tous les avantages que l'on en retire pour la curation des métro-hémorrhagies (1301) se retrouvent pour celle des hémorrhagies utéro-placentaires; et les règles d'après lesquelles on dirige l'emploi de ce médicament contre les premières, sont applicables pour les secondes. L. Rivière paraît être le premier qui ait reconnu l'utilité de l'opium dans ces cas: il l'administrait à la fois en lavement et par la bouche [1], il le regardait comme indiqué quand des douleurs utérines et pelviennes, principalement senties aux lombes, vers le sacrum et à l'hypogastre, annoncent l'imminence de l'hémorrhagie et de l'avortement. Presque tous les médecins depuis Rivière ont eu recours à l'opium dans ces circonstances; F. Hoffmann, Boerhaave, en ont surtout reconnu l'utilité. Ettmuller, qui regardait l'opium comme contr'indiqué chez les femmes grosses, le prescrivait cependant toutes les fois que des spasmes utérins faisaient craindre l'avortement [2].

préservatif des spasmes et des coliques utérines et des hémorrhagies utéro-placentaires.

B. L. Tralles a résumé en praticien les règles pour administrer l'opium contre les hémorrhagies utérines des femmes grosses. Il établit d'abord que l'opium serait sans efficacité, et même quelquefois nuisible, si le décollement du placenta était achevé, et si les phénomènes utérins n'étaient que les symptômes de la parturition anticipée; il insiste ensuite sur l'importance de ne pas négliger les indications directes des émissions sanguines. Après le repos complet imposé à la femme, après la saignée qui prévient souvent l'hémorrhagie, précurseur de l'avortement, ou qui la diminue et l'arrête fréquemment si elle est déjà survenue (1482), les moyens qui répriment les contractions

[1] *Prax med.*, lib. XV, cap. XVII.

[2] *Miscell. nat. cur.* Dec. III, ann. V et VI, obs. 285.

spasmodiques de la matrice, et parmi ces moyens l'opium surtout, sont, dit-il, de la plus grande utilité [1].

Nous ne connaissons pas de moyen thérapeutique qui mérite plus de confiance que l'opium toutes les fois que l'utérus, dans l'état de gestation, devient le siége de contractions spasmodiques et de douleurs. Nous le prescrivons à toutes les périodes de la grossesse, et nous n'attendons même pas la manifestation de ces accidents utérins quand les femmes grosses éprouvent un ébranlement ou seulement une grande irritabilité du système nerveux; la manifestation des spasmes utérins est si fréquente dans ces cas que le moyen qui les fait cesser nous semble encore indiqué pour les prévenir, d'autant plus qu'il est des sujets chez lesquels l'hémorrhagie utéro-placentaire les suit de si près qu'on ne peut trop les redouter.

De l'administration de l'opium comme moyen hémostatique dans les hémorrhagies utéro-placentaires.

L'opium nous paraît aussi le médicament le plus efficace pour prévenir ou arrêter les hémorrhagies utéro-placentaires survenant comme accident des différentes maladies qui disposent immédiatement à sa manifestation (1410), pourvu cependant qu'on ne néglige pas d'obéir aux indications spéciales des émissions sanguines qui peuvent résulter de la présence et de la nature de ces maladies.

1508. L'opium, lors même qu'il ne suffit pas pour prévenir ou arrêter les hémorrhagies utéro-placentaires, est presque toujours utile pour diminuer l'abondance de ces hémorrhagies, qu'elles soient ou non évidentes. Il rend les plus grands services même dans les pertes de sang par suite d'implantation anomale du placenta; son efficacité paraît alors résulter de son mode d'action sur la circulation utérine comme dans les métro-hémorrhagies qui surviennent pendant la vacuité de l'utérus (1301). Les observations pratiques de Smellie, qui avait l'habitude de recourir à ce médicament dans toutes les hémorrhagies graves qui surviennent dans l'utérus pendant la grossesse et au moment

[1] *Usus opii salu. et nox. in morb. med.*, t. IV, § VI, p. 97.

de l'accouchement, sont de nature à inspirer une grande confiance dans les effets de ce remède. On voit en effet sous l'influence du laudanum administré par vingt à trente gouttes, des hémorrhagies utéro-placentaires intenses qui ont jeté les femmes dans un état de faiblesse alarmant, diminuer immédiatement; le pouls devenu faible et dépressible au plus haut degré, reprend de la largeur; les extrémités refroidies se réchauffent, les femmes sortent de cet état de demi-syncope intense qui faisait craindre une issue fatale prochaine[1]. Cette amélioration ne doit pas cependant faire négliger, pour les hémorrhagies qui compliquent l'accouchement, d'en venir aux manœuvres obstétricales qui seules peuvent prévenir la mort de la femme en tarissant la source de l'hémorrhagie (1527, 1528); elle n'en est pas moins d'une extrême utilité puisqu'elle suspend un état morbide qui marche quelquefois avec une telle rapidité qu'il amène la mort avant que le médecin ait le temps de mettre en pratique les moyens de l'art obstétrique (1343).

Du traitement des accidents nerveux chez les femmes grosses; moyen préservatif des hémorrhagies qui peuvent en être le résultat.

1509. L'opium et ses préparations offrent les remèdes les plus efficaces contre les spasmes hystériques dont les femmes grosses peuvent être affectées et qui constituent une cause si puissante de l'hémorrhagie utéro-placentaire, qu'on peut presque toujours la regarder comme imminente quand ils se manifestent (1400).

La matière médicale fournit cependant aussi d'autres médicaments utiles contre les spasmes hystériques, auxquels on peut avoir recours avec avantage : ainsi la valériane, l'assa fœtida, peuvent être administrés dans le même but; on peut au moins le penser d'après les faits qui se trouvent dans les recueils d'observations cliniques. Dans tous les cas, avant d'en venir à l'administration de ces moyens, il importe de porter son attention sur les conditions pathologiques dont les accidents nerveux ne sont peut-être que

[1] *Observations sur les accouchements*, t. III, p. 135 *et sqq.*, traduct. Paris, 1765.

l'effet, d'autant plus qu'elles peuvent aussi par elles-mêmes favoriser ou même déterminer la production de l'hémorrhagie utéro-placentaire. Ces conditions morbides sont surtout l'état pléthorique, les différents degrés d'hyperaimie utérine souvent compliquée de coliques, les phlegmasies de l'ovaire, etc. L'administration des sédatifs antispasmodiques serait alors sans utilité; elle doit être subordonnée à la prescription préalable des moyens de traitement indiqués par les états morbides primitifs (156 *et sqq.*).

Mode d'administration de l'opium aux femmes grosses.

1510. On peut administrer l'opium chez les femmes grosses à plus haute dose que chez celles qui ne sont pas dans l'état de gestation; cette dose plus élevée est même nécessaire pour assurer l'efficacité de ce médicament contre les accidents qui compliquent la grossesse. L'état de gestation établit une tolérance pour ce médicament qu'on ne voit pas arriver dans d'autres conditions. Il faut aussi considérer que les affections spasmodiques, quelles qu'elles soient, rendent les malades plus réfractaires à l'influence des narcotiques. Il importe ensuite de réitérer l'administration du remède plusieurs fois par jour, car l'action de l'opium n'est jamais que temporaire, elle ne dure guère plus de huit à dix heures; cette circonstance est encore importante quand on a à combattre, comme cela arrive souvent dans les cas qui nous occupent, des accidents spasmodiques qui sont rarement continus ou au moins qui augmentent d'intensité par paroxysmes revenant à certains instants du jour.

L'opium introduit dans l'estomac contribue à entretenir l'anorexie, accident fort commun chez les femmes grosses; cet inconvénient se compense par l'avantage qu'on retire de ce remède pour faire cesser les nausées et même les vomissements qui se montrent souvent en même temps que les spasmes utérins; il indique cependant de préférer l'administration de l'opium en lavement à l'ingestion par la bouche. Introduit par l'anus, l'opium a d'ailleurs un effet évidemment plus prononcé sur les accidents utérins;

aussi est-ce principalement par cette voie que la plupart des médecins qui ont recommandé l'opium contre les accidents utérins conseillent de l'administrer. Quand il n'y a aucun dérangement du côté de l'estomac, auquel l'opium puisse remédier, nous nous bornons à le faire introduire dans le rectum dans une petite quantité de véhicule aqueux, après avoir vidé cet intestin par un lavement simple; nous faisons faire cette injection aux moments convenables pour que l'action narcotique soit appropriée par sa durée et par son énergie à la durée, à l'intensité et aux exacerbations des accidents morbides [1]. Quand l'état spasmodique n'est pas borné à l'utérus et surtout quand il se manifeste des vomissements, nous donnons en même temps l'opium par la bouche. Dans ce cas nous imitons Rivière et F. Hoffmann, qui l'unissaient à des médicaments toniques et astringents, non pas dans la vue d'agir par ces médicaments, comme ces praticiens croyaient le faire, sur les vaisseaux utérins d'une manière astrictive, mais afin de conserver l'activité des fonctions digestives [2]. Nous ne craignons pas de faire continuer pendant longtemps l'usage de ce narcotique, il n'exerce aucune influence nuisible sur la

[1] La préparation d'opium la plus facile à administrer est le laudanum de Sydenham ou celui de Rousseau. Nous prescrivons rarement moins de quinze à vingt gouttes du premier et huit à dix gouttes du second dans six à huit onces d'eau pure; nous faisons souvent répéter cette injection toutes les six ou huit heures. Si les accidents ne sont pas suspendus par l'effet d'une première injection, nous augmentons la dose de l'opium dans les injections suivantes : nous avons été, dans quelques cas, obligé d'aller jusqu'à quarante gouttes pour chaque injection, et, dans ces cas, les femmes n'ont souvent pas même le plus léger symptôme de narcotisme; elles n'ont même quelquefois pas de sommeil.

[2] Les substances qui nous paraissent les plus propres à prévenir l'effet nuisible de l'opium sur les fonctions de l'estomac sont le sirop d'écorce d'oranges, la teinture et l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine, l'infusion de mélisse, l'électuaire de rhubarbe, les eaux gazeuses rendues alcalines soit par la soude, soit par la magnésie. On est souvent obligé de varier plusieurs fois ces excipients, suivant les indications, quand l'administration de l'opium doit être longtemps continuée.

marche régulière de la gestation, et très souvent, quand on en interrompt trop tôt l'usage, on voit les accidents se renouveler. Nous pourrions citer des cas dans lesquels la grossesse s'est heureusement terminée après deux ou trois mois d'usage continu de l'opium.

Du choix de la préparation d'opium à administrer, et des succédanés de cette substance.

1511. Nous n'avons jamais administré, chez les femmes grosses, dans les cas qui nous occupent, d'autres préparations d'opium que l'extrait aqueux ou les teintures qui réunissent toutes les parties actives de ce remède; nous n'avons pas imité F. Hoffmann, qui se bornait quelquefois à l'administration des préparations de pavot unies à la liqueur anodine éthérée qui porte son nom [1]. Nous croyons cette médication trop peu active pour qu'on puisse compter sur son efficacité dans des cas où chaque instant de prolongation de l'hémorrhagie utéro-placentaire peut être funeste à l'enfant. Les substances médicamenteuses extraites de l'opium, et particulièrement les sels de morphine, auraient peut-être toute l'efficacité de l'opium contre les accidents utérins; si nous ne les avons pas administrées, c'est que l'expérience nous a appris qu'elles n'ont pas sur l'organisme un effet tout à fait semblable à celui de l'opium dont elles ne contiennent pas tous les principes actifs. Nous n'avons aussi jamais eu recours aux préparations de cynoglosse, conseillées par Helwich [2] dans ces circonstances, non plus qu'à la poudre de jusquiame d'Heurnius [3]; nous concevons cependant que ces médicaments sédatifs peuvent avoir une certaine utilité dans ces cas. Nous en disons autant du castoréum, conseillé par Fischer, comme remède des mêmes accidents; cette substance pouvait être d'autant plus utile entre les mains de ce praticien qu'il l'unissait à l'opium [4].

[1] *Med. syst.*, t. IV, p. III, p. 638 et 643.

[2] *Miscell. nat. cur.*, cent. IX et X, p. 312.

[3] *J. Heurnii Op. omn. ad theor. et prax. med. edent. Ott. Heurnio*, lib. IX *de morb. mulier.* Lugd. Bat. 1658.

[4] *Miscell. nat. cur.*, cent. IX, obs. 57.

1512. Nous avons plusieurs fois joint à l'administration de l'opium contre les spasmes utérins, dans les cas où l'hémorrhagie utéro-placentaire était déjà déclarée, à en juger par l'écoulement plus ou moins considérable de sang par le vagin, l'application de compresses imbibées d'eau froide sur le ventre, et l'administration des lavements à l'eau froide (1502). Dans un cas où l'hémorrhagie se montrait avec une extrême abondance, nous avons subitement suspendu la perte de sang et les spasmes utérins avec un lavement opiacé à la température de la glace fondante, administré immédiatement après une saignée du bras et pendant que nous donnions de l'opium par la bouche.

De l'adjonction des applications froides à l'administration de l'opium.

1513. La présence chez les femmes grosses d'un état de débilité et de cachexie antécédent à la grossesse, ou développé depuis qu'elle existe, fournit des indications thérapeutiques spéciales pour la prophylaxie de l'hémorrhagie utéro-placentaire toujours alors imminente (1396, 1397), et pour sa curation, si déjà elle s'est manifestée. Ces indications dérivent d'abord du mode particulier de production de l'hémorrhagie utéro-placentaire, qui est, dans ces cas, immédiatement occasionnée par les spasmes utérins; il faut alors avoir recours aux moyens sédatifs qui agissent le plus directement contre ces spasmes, c'est à dire à l'opium; elles se tirent ensuite de la nature de la condition anomale des fonctions de la circulation et de la nutrition, d'où résultent la débilité, l'amaigrissement et l'anasarque. Les moyens thérapeutiques alors utiles sont ceux qui peuvent redonner de l'activité et de l'énergie à la nutrition. On agit dans ce sens par l'administration des médicaments amers et toniques peu excitants et surtout par l'usage des aliments toniques et des analeptiques. Parmi les médicaments toniques, le quinquina, les amers indigènes, le suc des plantes crucifères, donnés à doses fractionnées et de manière à ne pas exercer une action trop vive sur la muqueuse gastrique, sont les agents thérapeutiques les plus utiles, et

Des moyens prophylactiques et curatifs des hémorrhagies utéro-placentaires chez les femmes cachectiques.

que les femmes supportent le plus facilement. Les aliments analeptiques qu'il faut choisir de préférence sont les viandes rôties, le vin vieux et généreux. On seconde avec beaucoup d'avantage les effets de ces moyens par des applications excitantes à la peau, pratiquées de manière à activer l'action des vaisseaux capillaires tégumentaires et des veines superficielles; c'est ainsi qu'agissent les frictions sèches ou rendues stimulantes par des liniments excitants.

Des moyens de traitement préservatif et curatif des hémorrhagies utéro-placentaires chez les femmes d'une constitution détériorée. Utilité de la sabine dans ces cas.

1514. L'indication directe d'un régime analeptique et tonique, et de l'administration de médicaments toniques et même stimulants ne doit point être négligée chez les femmes débiles, à tissu mou, à circulation languissante, non seulement pour guérir les hémorrhagies chroniques dont leurs grossesses sont souvent compliquées (1397) et qui finissent par les faire avorter; mais surtout pour prévenir ces hémorrhagies. Nous conseillons aux femmes qui sont dans ces conditions de prendre des préparations ferrugineuses et amères pendant toute leur grossesse. L'utilité de la poudre de canelle a été célébrée dans ces cas, comme contre la métro-hémorrhagie, par les auteurs que nous avons cités (1294); il en est de même de l'emploi de la sabine, auquel Sauter a recours aussi dans ces circonstances (1295). « J'ai, dit-il, fait prendre la sabine en poudre » par dose de quinze à vingt grains trois fois par jour, » et cela avec le succès le plus soutenu, pendant trois, » quatre et cinq mois pour des pertes qui faisaient craindre » une fausse couche, chez des femmes grosses qui, par » faiblesse, en avaient déjà éprouvé plusieurs; j'ai pu » ainsi arrêter les pertes, empêcher les fausses couches, et » plusieurs femmes ont dû à ce précieux remède, des » enfants sains et nés à terme [1]. » Nous n'avons pas eu recours à ce moyen dans ces cas, mais l'opiniâtreté que les hémorrhagies utéro-placentaires montrent à se reproduire dans plusieurs grossesses (1403) chez les femmes

[1] *Mélanges de chirurgie étrangère*, t. 1, p. 281, en note. Genève, 1824.

lymphatiques et affectées de leucorrhée chronique (1597, 1443), habituellement peu réglées, à chairs molles, est telle, nonobstant les moyens de traitement rationnels, que nous engageons à répéter les observations de Sauter, qu'il dit avoir suivies depuis plus de vingt années. Nonobstant l'action très énergique de la sabine on peut, en agissant avec prudence et en observant avec attention les effets du remède, éviter tout accident.

Moyens prophylactiques des hémorrhagies utéro-placentaires occasionnées par un état cachectique à employer dans les intervalles des grossesses.

1515. Le traitement tonique applicable aux divers états de cachexie n'est pas seulement prophylactique et même curatif de l'hémorrhagie utéro-placentaire pendant le cours de la grossesse, il est aussi prophylactique de cet accident morbide dans les intervalles des grossesses. C'est par son moyen et en le continuant pendant un temps suffisant qu'on a rendu des femmes dont la constitution était détériorée, aptes à supporter sans accident des gestations ultérieures lorsque plusieurs grossesses avaient été interrompues par des hémorrhagies utéro-placentaires. On conçoit, sans qu'il soit besoin de l'exprimer, que dans ces cas le traitement est dirigé avec une plus grande activité que pendant la grossesse; on n'a point à redouter comme dans ce dernier état le danger des stimulants, des exercices même forcés du corps, des changements brusques opérés dans la circulation par l'action des bains, et surtout des bains froids, qu'on ne peut alors trop recommander.

§ II. *Des hémorrhagies utéro-placentaires compliquées de l'interruption de la grossesse et du travail de la parturition.*

Sources principales des indications thérapeutiques quand les hémorrhagies utéro-placentaires interrompent la grossesse.

1516. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire interrompt la gestation ou rend sa continuation impossible, le médecin n'a plus à se préoccuper des moyens de conserver la grossesse; il ne peut plus voir dans l'incubation intra-utérine et dans la manifestation inévitable des phénomènes de la parturition, que des conditions qui peuvent, dans certaines circonstances qu'il faut apprécier, empêcher la cessation

de l'hémorrhagie ou même aggraver ses accidents; là se trouvent les sources d'indications nombreuses et d'une telle importance qu'il y aurait toujours grand danger à les négliger.

Les phénomènes morbides dont l'appréciation est indispensable pour établir d'une manière précise ces indications sont d'abord, pour les hémorrhagies utéro-placentaires latentes, tous ceux qui se rattachent à l'interruption de la grossesse comme symptômes, et tous ceux qui correspondent par leur origine à l'accumulation du sang dans l'utérus portée au point d'amener des symptômes immédiats d'oligaimie et d'exiger qu'on mette un terme à la perte de sang. Enfin, en troisième ordre, sont les phénomènes qui appartiennent aux hémorrhagies utéro-placentaires évidentes, lesquels résultent de la continuité de la perte de sang avec ou sans travail de parturition consécutif.

Indications thérapeutiques à remplir après la cessation de l'hémorrhagie latente, la grossesse étant interrompue.

1517. Dès que l'interruption de la vie du produit de la conception est évidente par suite de l'hémorrhagie utéro-placentaire qui n'a pas été suivie de travail de parturition, l'extravasation du sang se suspend et ses symptômes cessent (1320). On n'a plus à remplir d'autres indications thérapeutiques que celles qui peuvent résulter de l'état général des sujets, et de quelques causes de souffrance accessoire qu'ils peuvent éprouver.

Si la débilité résultant, soit d'une maladie antécédente, soit de déplétions sanguines pratiquées dans un but de curation, soit enfin de l'état moral des femmes, est grande, ainsi qu'il arrive souvent, il suffit de rétablir les forces de la malade par un régime alimentaire analeptique et non stimulant. Si la femme est, au contraire, dans un état de pléthore, si elle présente des signes d'hyperaimie locale, il peut être indiqué de pratiquer des émissions sanguines. S'il se manifeste de l'insomnie, des douleurs céphalalgiques, de l'agitation, des accidents spasmodiques, on administre les moyens qui peuvent être indiqués pour ces ac-

cidents, sans cependant attacher à leur présence une très grande importance et s'empresser de leur opposer une médication énergique. Le principal remède de ces accidents est l'accouchement, et comme il n'y a pas d'avantage et qu'il peut même y avoir du danger à ce qu'il arrive à un moment trop rapproché de la cessation de l'extravasation sanguine intra-utérine (1336, 1475), il faut attendre sa manifestation, qui succède nécessairement avec plus ou moins de rapidité à la mort du produit de la conception. Pendant ce temps-là, quelle que soit la période à laquelle la grossesse est parvenue, et quelque considérable que puisse avoir été l'extravasation de sang dans l'utérus, l'on n'a plus besoin de soumettre la femme au repos en supination et à la diète tenue qui conviennent dans les hémorrhagies utérines, pour les limiter et les prévenir. Les seuls cas pour lesquels ces moyens seraient nécessaires sont ceux qui présentent cette circonstance fâcheuse, heureusement fort rare, de l'accroissement de l'hémorrhagie continuant malgré la mort du produit de la conception (1333).

Indication spéciale qui résulte de l'abondance extrême de l'hémorrhagie latente, la grossesse étant interrompue.

1518. Une très grande quantité de sang suffisante pour augmenter le volume du globe utérin (1456), même dans une grossesse avancée, fût-elle déposée dans la cavité de la matrice, il suffit que la perte de sang soit limitée ou suspendue pour qu'il faille ne recourir à aucun moyen dirigé sur l'utérus, surtout quand la faiblesse de la femme est considérable, comme cela arrive le plus souvent dans ces cas. Un temps assez long s'écoulera avant que la parturition survienne, et, pendant ce temps, les forces de la malade se relèveront par un régime approprié.

Le danger d'une nouvelle perte de sang au moment de l'accouchement, toujours très grand dans cette circonstance, à cause de la débilité extrême qui a été immédiatement produite par l'hémorrhagie utéro-placentaire latente et qui n'a pas eu le temps de se réparer, doit faire désirer que la parturition soit différée le plus longtemps possible.

Dans la vue d'arriver à ce résultat, on recommande aux femmes de garder le repos, et de se soustraire à l'influence de toutes les causes stimulantes qui pourraient accélérer l'accouchement anticipé.

Indications à remplir pendant l'hémorrhagie, suivant la période de la grossesse.

1519. Dès que l'on voit se manifester les signes qui indiquent qu'une extravasation sanguine abondante s'accomplit dans l'utérus (1455), si la grossesse n'a pas atteint le quatrième ou le cinquième mois, l'on n'a point à craindre la continuation de l'hémorrhagie pour la vie de la femme, tant que le sang extravasé reste renfermé dans la cavité utérine. Toute la curation se réduit alors à éviter que le sang ne se fasse jour par l'orifice utérin, et à agir par tous les moyens qui ont été indiqués pour modérer l'intensité de l'hémorrhagie (1479 *et sqq.*) : le repos en supination, les émissions sanguines, les applications dérivatives, les boissons froides, et les applications froides sur l'hypogastre et autour du bassin. L'administration de ces moyens pendant un jour ou deux suffit quand le sang extravasé ne s'est pas frayé une issue au dehors. L'hémorrhagie utéro-placentaire est alors limitée par l'effet de la présence même des caillots qu'elle a produits ; l'on n'a plus à redouter son retour, car son intensité a été telle qu'elle a détaché le produit de la conception et changé ainsi la condition physiologique utéro-placentaire, sans laquelle cette hémorrhagie n'arrive pas : on n'a plus qu'à attendre la parturition anticipée, qu'il faut éviter de provoquer.

Dans les grossesses dont la durée a dépassé le cinquième mois, la perte de sang intra-utérine peut être si considérable, et croître avec une rapidité telle, qu'elle épuise les forces en peu d'instants, sans que cependant le sang se fraie une issue hors de l'utérus. Dans les cas les plus heureux, l'extravasation sanguine intra-utérine se limite sous la seule influence des moyens hémostatiques généraux (1479, 1501), et l'hémorrhagie se suspend, l'utérus restant à l'état d'inertie ; quelques jours, ou même quelques semaines plus tard,

l'accouchement s'établit et rejette à la fois le produit de la conception mort et le sang qui provient de l'hémorrhagie.

Des indications thérapeutiques à remplir quand l'hémorrhagie utéro-placentaire est immédiatement suivie de la parturition.

1520. Si l'extravasation sanguine intra-utérine est immédiatement suivie de la manifestation de l'accouchement, et de la suspension de l'hémorrhagie aussitôt que le travail d'expulsion est établi, ce travail de la parturition anticipée est alors une circonstance favorable qu'il faut respecter. Dans les cas les plus heureux, le travail continue sans interruption jusqu'à son accomplissement; le médecin n'a qu'à le laisser suivre sa marche ordinaire, en le surveillant pour se mettre en garde contre les accidents qui pourraient résulter immédiatement de son interruption (1439).

Si l'on a à traiter une femme d'une forte constitution, qui se trouve dans un état de pléthore ou qui présente de la dureté au col de l'utérus, dont la dilatation s'accomplit toujours avec lenteur dans les accouchements anticipés, on ne doit point omettre de faire pratiquer la saignée qui favorise l'accomplissement du travail expulsif, le rend plus efficace, et prévient l'interruption des contractions utérines, qui pourrait être suivie du retour de l'hémorrhagie. Si, au contraire, il s'agit d'une femme naturellement faible, cachectique, ou chez laquelle l'hémorrhagie utéro-placentaire a déterminé une débilité extrême, l'administration d'une boisson stimulante et légèrement tonique, comme du bouillon, une infusion aromatique, quelques cuillerées de vin, accélèrent le travail de la parturition et le rendent plus facile.

Nécessité de surveiller et de diriger le travail de la parturition quand il s'établit immédiatement après l'hémorrhagie utéro-placentaire latente.

1521. Il importe beaucoup de surveiller et de seconder le travail de la parturition quand il survient pendant le cours d'une hémorrhagie utéro-placentaire; car, s'il vient à se suspendre, on voit souvent l'hémorrhagie se reproduire et interrompre immédiatement les contractions utérines. Le sang continue alors à s'extravaser dans l'utérus; il s'y accumule rapidement en quantité d'autant plus grande, que l'inertie de la matrice en favorise la disten-

sion, et augmente ainsi la cavité dans laquelle ce liquide se dépose avec d'autant plus de célérité que la matrice n'étant pas revenue sur elle-même, ses vaisseaux versent facilement en peu d'instants une grande quantité de sang. L'état morbide est alors tout aussi fâcheux que si l'hémorrhagie utéro-placentaire s'était immédiatement accomplie avec assez d'abondance pour jeter l'utérus et tout le système musculaire de la femme dans un état d'inertie complet.

C'est dans des cas de cette espèce que les femmes succombent comme foudroyées par l'hémorrhagie qui verse son produit, soit sous le placenta décollé et circonscrivant, par son adhérence périphérique, une cavité qui peut recevoir une assez grande masse de sang, soit dans le centre du placenta déchiré et formant une loge dans laquelle le sang se dépose en assez grande quantité pour épuiser la malade en quelques minutes, soit enfin dans la cavité des membranes mise en communication par déchirure avec le foyer intra-placentaire ou sous-placentaire (1337, 1369, 1374). Dans les cas les plus fâcheux, l'hémorrhagie utéro-placentaire se manifeste subitement au milieu des douleurs de la parturition avec une telle abondance, qu'elle entraîne tous ces désordres avant que le travail d'expulsion se produise (1340, 1341); elle en prévient même l'établissement en jetant dans un instant la femme dans un état d'oligaimie extrême, et l'utérus dans une inertie complète.

De la nécessité de ne pas s'en remettre à l'expectation dans l'espoir de la suppression spontanée de l'hémorrhagie.

1522. L'on a vu, dans quelques cas heureux, l'hémorrhagie utéro-placentaire s'arrêter malgré l'inertie de la matrice, et le travail d'expulsion s'établir ensuite spontanément au bout de quelques heures et même après un ou deux jours. Mais ces cas heureux sont rares; nous ne concevons pas qu'on les ait représentés comme démontrant que l'accumulation du sang dans l'utérus, en distendant cet organe, provoque ses contractions, et devient ainsi la cause immédiate d'un travail alors conservateur. Ces cas ne constituent que des faits négatifs relativement à ceux

dans lesquels les accidents ont augmenté avec rapidité et sont devenus funestes par l'extravasation du sang et son accumulation dans la matrice, en présence de l'expectation du médecin, car la distension de l'utérus, augmentant par l'accumulation du sang, ajoute d'instant en instant à l'abondance de l'hémorrhagie. On ne comprend pas qu'ils aient été invoqués comme des bases positives d'une doctrine contraire à celle des accoucheurs que nous avons cités (1526). Cette doctrine conduit à laisser la femme exposée aux plus grands dangers, dans l'attente d'un résultat au moins incertain pour elle et toujours funeste pour l'enfant, tandis que la pratique que nous conseillons d'adopter, avec Puzos et Smellie, n'entraîne par elle-même aucun danger, sauve toujours la mère et quelquefois l'enfant si l'on y a recours à temps (1529).

Des premiers moyens à opposer aux hémorrhagies évidentes de l'utérus, pendant la gestation quand elles sont peu considérables.

1523. Quand l'hémorrhagie utéro-placentaire verse au dehors ses produits, il faut s'enquérir si le sang provient d'une extravasation sanguine intra-utérine, dont le résultat reflue par l'orifice utérin, ou si l'hémorrhagie se rattache à une implantation vicieuse du placenta sur le col de l'utérus. Dans l'un comme dans l'autre cas, tant que l'hémorrhagie est peu considérable, on peut espérer de la modérer, et même de la suspendre, par les moyens de traitement généraux qui ont été indiqués (1477 *et sqq.*); mais, si l'hémorrhagie est abondante, les moyens curatifs varient suivant la cause immédiate de l'extravasation du sang.

Traitement des hémorrhagies utéro-placentaires évidentes.

1524. Si l'hémorrhagie utéro-placentaire provient de la cavité utérine, l'issue du sang au dehors peut avoir été précédée d'une extravasation intra-utérine portée à un degré tel qu'elle ait amené un épanchement considérable dans la matrice. Dans ce cas, l'expectation est dangereuse, car l'issue du sang par le vagin ne fait qu'ajouter aux dangers de l'hémorrhagie interne (1526).

Quand la perte de sang n'est pas très considérable, et lorsque les phénomènes inhérents à la grossesse persistent

à s'accomplir, la malade est dans des conditions plus favorables pour guérir sans que la grossesse soit interrompue, parce que le sang, trouvant une issue facile par les organes génitaux, ne s'accumule pas en foyer, et n'étend pas, par son accumulation même, les désordres utéro-placentaires ; le médecin doit s'attacher alors à obtenir cet heureux résulat sans se laisser décourager, même par la probabilité la plus grande d'une interruption de la grossesse. Puzos rapporte une observation recueillie sur une dame qui eut, vers le milieu de sa grossesse, une perte de sang très considérable ; il la fit saigner plusieurs fois, et l'accouchement prématuré lui parut tellement imminent qu'il passa un temps considérable auprès d'elle dans l'attente du travail de la parturition. Cependant les douleurs s'affaiblirent, l'hémorrhagie diminua ; il suffit de faire tenir cette dame couchée d'une manière continue ; les accidents diminuèrent peu à peu, et la perte cessa au bout de quinze jours. La malade garda le lit pendant un mois après la fin de l'hémorrhagie : elle accoucha heureusement à terme[1].

1525. De pareilles observations sont bien faites pour inspirer beaucoup de circonspection aux praticiens ; toutefois il ne faut rien exagérer dans cette médecine expectante. Quand les symptômes d'une abondante hémorrhagie intra-utérine existent, et que le sang continue à regorger en abondance au dehors, si les forces de la femme diminuent rapidement, il y aurait du danger à ne pas prendre un parti décisif : il faut s'opposer à l'issue du sang par le tamponnement du vagin, tout en courant les risques de provoquer, par ce moyen, le travail de la parturition, qui est en définitive le mode de terminaison le plus sûr dans ces sortes d'hémorrhagies. Dans les cas mêmes où le travail est commencé, s'il marche avec trop de lenteur, on trouve encore dans l'occlusion du museau de tanche par le tampon, le

[1] *Mémoire sur les pertes de sang des femmes grosses*, inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie, t. I, p. 362.

moyen de hâter l'accouchement, soit par l'irritation que le tampon occasionne, soit parce que, en retenant le sang dans l'utérus, il fait naître une cause de distension de cet organe, qui sollicite ses contractions, et donne ainsi plus d'activité au travail de la parturition. Si cependant ce résultat n'est pas immédiatement obtenu, et si les forces de la femme continuent à s'affaiblir, il faut se hâter d'agir sur l'utérus et de provoquer l'accouchement.

Nécessité de provoquer l'expulsion rapide du produit de la conception dans le cas d'hémorrhagie utéro-placentaire considérable.

1526. Dans tous ces cas, où les accidents de l'hémorrhagie utéro-placentaire sévissent avec intensité, il n'y a de salut pour la femme que dans l'application immédiate d'un moyen de provoquer le travail d'expulsion aussi promptement que possible, ou dans une manœuvre propre à débarrasser l'utérus de son contenu sans travail d'expulsion. Cette pratique hardie n'admet pas d'hésitation; c'est Jacques Guillemeau qui le premier l'a conseillée en 1598 [1]; on la trouve ensuite recommandée dans l'ouvrage de Louise Bourgeois [2], publié dix ans plus tard, ce qui prouve qu'elle était déjà adoptée. Elle est devenue depuis celle des plus habiles praticiens : Smellie, Levret, Baudelocque, etc. Mauriceau en a résumé les règles en ces termes : « De quel-» que temps que la femme puisse être grosse, qu'elle soit » à terme ou qu'elle n'y soit pas, le plus expédient et le plus » salutaire remède qu'il y ait à la perte de sang, pour sau-» ver la vie à la mère et à l'enfant, est de l'accoucher au » plus tôt et sans aucun délai. » Et ailleurs ce même praticien a dit : « Quand le sang coule en si grande abondance » qu'elle tombe en fréquentes syncopes ou bien en convul-» sions, c'est en ce cas qu'il ne faut pas différer l'opération, » et qu'il est absolument nécessaire d'accoucher la femme,

[1] *De la grossese et accouchement des femmes, du gouvernement d'icelles, et moyens de subvenir aux accidents qui leur arrivent.* Lib. II, cap. XIII. Paris, 1599.

[2] L'ouvrage de Louise Bourgeois est intitulé : *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, maladies des femmes et enfants nouveau-nés.* Paris, 1609, in-8°.

» qu'elle soit à terme ou non, qu'elle ait les douleurs de » l'accouchement ou qu'elle n'en ait aucune, d'autant qu'il » n'y a que ce seul moyen pour lui sauver la vie et à son » enfant; et, si on ne le fait promptement, elle jettera » avec le sang le dernier soupir[1]. »

Du procédé opératoire pour opérer l'accouchement forcé.

1527. Le procédé opératoire auquel il faut avoir recours, dans ces cas pour pratiquer l'accouchement, consiste à agir sur le col de l'utérus de manière à le dilater par l'introduction des doigts. Cette manœuvre agit à la fois en entr'ouvrant l'orifice utérin et en y provoquant une stimulation qui favorise l'établissement des contractions expulsives. Dès que l'orifice de la matrice a cédé à un degré suffisant pour que le doigt puisse s'y introduire, on profite des premières douleurs qui font saillir les membranes pour les percer et déterminer l'évacuation des eaux. Cette évacuation opérée, l'on est souvent assez heureux pour que l'utérus, revenant immédiatement sur lui-même, entre en contraction, et détermine la suspension de l'hémorrhagie et l'expulsion du produit de la conception avec le sang extravasé. Mauriceau a rapporté un des exemples les plus remarquables de cet heureux résultat de l'évacuation des eaux, pratiquée comme première manœuvre de l'accouchement forcé pour arrêter les accidents d'une hémorrhagie utéro-placentaire. Le vide qui résulte de ce premier acte de l'opération, favorisant immédiatement la rétraction de la matrice, met sa surface interne en contact immédiat avec l'enfant; il en résulte une diminution de l'hémorrhagie, et souvent des contractions expulsives qui achèvent l'accouchement sans le secours des manœuvres du chirurgien. Le vide qui résulte de l'évacuation des eaux suffit, dans les cas les plus fâcheux, si l'inertie utérine persiste, pour favoriser la dilatation du col, l'introduction de la main et l'accouchement forcé.

[1] *Traité des maladies des femmes grosses*, lib. I, p. 155, et lib. II, p. 32. Paris, 1681.

1528. Puzos, prenant pour point de départ de ces observations, dans le Mémoire inséré parmi ceux de l'Académie royale de chirurgie que nous avons déjà cité (1524), a conseillé de s'en tenir d'abord à la perforation de la poche des eaux, parce qu'elle est suivie de contractions de l'utérus qui suffisent pour arrêter l'hémorrhagie et opérer la parturition. Smellie a adopté la pratique de Puzos : il se borne comme lui, dans ces cas, à pratiquer la perforation de la poche des eaux, « afin, dit-il, que, les eaux étant » évacuées, la matrice puisse se contracter, que les vais- » seaux qui fournissent à l'écoulement puissent se resser- » rer, et qu'enfin on puisse accoucher heureusement les » femmes [1] ».

De la perforation de l'amnios comme moyen d'arrêter les hémorrhagies utéro-placentaires abondantes.

1529. Puzos n'avait recours à l'évacuation du liquide de l'amnios que lorsque le travail était arrivé au point de dilater le col utérin et de déterminer un commencement de formation de la poche des eaux. Comme ce moment favorable peut se faire attendre pendant un temps bien long et bien précieux, il ne nous semble pas nécessaire de différer d'agir aussi longtemps si le sang continue à s'épancher dans l'utérus : le résultat qu'on obtient de l'évacuation des eaux étant le moyen de déterminer la rétraction de la matrice et de produire le travail d'expulsion, nous conseillons, avec Smellie, de recourir à la ponction de l'amnios dès que le col entr'ouvert permet d'arriver sur les membranes sans attendre qu'elles tendent à s'engager dans l'orifice du col. Nous avons ainsi procédé dans le cas suivant

Choix du moment auquel doit être pratiquée la perforation de l'amnios pour déterminer le travail suspensif de l'hémorrhagie utéro-placentaire.

Une femme grosse de huit mois fut apportée à l'hôpital avec une hémorrhagie utérine très faible, mais qui durait depuis trois jours, cette hémorrhagie avait été par instants, très courts à la vérité, fort abondante; elle avait été précédée et elle était encore accompagnée de vives douleurs lombaires et de coliques utérines intenses. La malade

[1] *Trait. de la théor. et de la prat. des accouch.*, traduit par Préville, t. I, p. 174. Paris, 1771.

était dans un état de faiblesse extrême. Le globe utérin présentait à son côté gauche comme une tumeur additionnelle ; il était peu rénitent et paraissait rempli d'un liquide à demi coagulé. Il y avait danger pour la vie de la femme à laisser continuer l'hémorrhagie, quoiqu'elle fût peu considérable, car aucun travail d'accouchement ne s'annonçait. Nous introduisîmes le doigt à grand'peine dans le col béant, mais encore très dur ; ce doigt nous servit à conduire un stylet mousse avec lequel nous ouvrîmes la poche des eaux. A peine le liquide de l'amnios était évacué, qu'il se manifesta une vive colique utérine ; la matrice devint dure et rénitente et s'appliqua au corps de l'enfant : l'hémorrhagie cessa immédiatement. Deux jours se passèrent ensuite sans aucun accident, puis les douleurs véritables de la parturition s'établirent ; elles marchèrent régulièrement, mais avec une extrême lenteur. La femme accoucha, au bout de dix heures de vraies douleurs de parturition, d'un enfant très faible, mais bien viable. Une masse de sang coagulé du poids d'une livre environ fut expulsée avec le délivre.

Du tamponnement dans les hémorrhagies par implantation anomale du placenta.

1530. Quand l'hémorrhagie évidente est due à l'implantation vicieuse du placenta, dès qu'elle a une assez grande intensité pour que les moyens généraux ne suffisent plus pour la modérer, l'on a l'habitude d'opposer un obstacle à l'issue du sang par le tamponnement du vagin ; l'on en modère ainsi la perte, et l'on est souvent assez heureux, lorsque la source de l'hémorrhagie n'est pas très abondante, et surtout si cette hémorrhagie est encore à sa première apparition, pour en amener la suspension. Il importe, dans ces cas, de ne pas prolonger l'application du tampon au delà du temps nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie, car elle entretient une irritation sur le museau de tanche, qui a l'inconvénient de favoriser les contractions utérines, et ainsi de provoquer le travail de l'accouchement anticipé qu'il faut dans ces cas retarder le plus possible. Cet inconvénient est encore plus prononcé quand on enduit le tam-

pon, ainsi qu'on le fait trop souvent sans utilité, avec une substance styptique. Quand l'hémorrhagie par décollement du placenta est considérable, le tampon produit encore un autre effet fâcheux par l'obstacle qu'il apporte à l'issue facile du sang qui provient de la partie du placenta décollée et du mucus sécrété sur la muqueuse du col utérin; ces fluides, en s'accumulant, peuvent étendre le décollement du placenta en s'insinuant entre lui et l'utérus.

Du résultat avantageux que produit la parturition dans le cas d'implantation vicieuse du placenta.

1531. Quand l'hémorrhagie par implantation vicieuse du placenta est assez considérable pour provoquer une perte de sang qui compromette, par son abondance, les forces de la femme, on ne peut plus espérer de conserver la grossesse, et l'on n'a plus qu'à désirer que le travail de la parturition s'accomplisse; il hâte la fin de l'hémorrhagie en hâtant l'accouchement qui la termine (1358).

La suppression de l'hémorrhagie utéro-placentaire par implantation du placenta sur le col de l'utérus, arrive toujours dans les cas d'implantation par un segment du placenta dès que les contractions utérines expulsives de l'accouchement s'établissent [1]. Dans les cas d'implantation centrale, l'hémorrhagie, augmentée par les premières contractions, cesse dès que le travail d'expulsion a déterminé l'évacuation des eaux de l'amnios (1441); l'inertie seule de l'utérus peut la faire recommencer. Nous sommes étonné que la plupart des auteurs qui ont traité de l'art des accouchements n'aient pas fait cette remarque, et surtout que quelques uns aient été jusqu'à regarder cette suppression comme un fait rare dans ces cas [1]. Si le sang jaillit du col de l'utérus à chaque douleur utérine, ce n'est que pendant la première période de l'accouchement, et jusqu'à ce que les contractions utérines soient franchement établies pour les cas d'implantation latérale du placenta; ce n'est que dans les cas d'implantation centrale que cette augmenta-

[1] Smellie, *Obs. sur les accouch.*, t. II, p. 247 et 356.
[2] Walter, *De morbis peritonei et apoplexia*, p. 32.

tion de l'hémorrhagie continue jusqu'à l'évacuation des eaux de l'amnios. Les choses se sont ainsi passées dans tous les cas d'hémorrhagie utéro-placentaire dont nous avons été témoin. Nous regardons donc comme une circonstance toujours heureuse l'établissement du travail de la parturition dans les cas d'hémorrhagie utéro-placentaire par implantation anomale du placenta. Nous en déduisons comme conséquence l'indication de déterminer artificiellement l'accouchement dès que ces hémorrhagies, par leur abondance ou leurs fréquentes répétitions, menacent la vie de la femme.

Du moyen de hâter l'accouchement pour remédier aux hémorrhagies par implantation vicieuse du placenta.

1532. Les auteurs ont conseillé de provoquer alors le travail de l'accouchement par les manœuvres directes qui consistent à forcer la dilatation du col de l'utérus, et à arriver dans la matrice avec la main, au travers même du placenta, ou en renversant cet organe sur un côté du col utérin. Ces manœuvres sont très difficiles; elles sont toujours assez longues à effectuer; et, si le sang continue à s'écouler, la femme perd ses dernières forces, souvent déjà compromises à un haut degré, avant qu'on arrive au terme de cette opération. Le fœtus périt ordinairement dans cette parturition forcée, soit par suite de la désorganisation du placenta, qui arrête en lui la circulation pendant un temps trop long avant qu'on l'ait amené au dehors, soit par suite de la manœuvre de la version par les pieds.

1533. Nos observations cliniques sur ces cas graves, nous ont conduit à adopter un procédé opératoire plus simple par lequel on parvient facilement aux mêmes résultats, et qui permet de sauver presque toujours la vie de l'enfant et celle de la mère; il a le grand avantage de maintenir autant que possible les rapports du placenta avec l'utérus, et de ne pas les interrompre prématurément, circonstance qui détermine presque toujours la mort de l'enfant dans ces accouchements compliqués. Ce procédé consiste à évacuer les eaux par une ponction pratiquée au travers du placenta appliqué sur le col, et qui constitue

l'obstacle qui s'oppose à leur sortie. Nous n'avons encore eu recours que deux fois à cette opération ; mais dans l'un et l'autre cas, et surtout dans le suivant, elle a été immédiatement suivie d'un résultat heureux.

Une femme de 20 ans, lymphatique, blonde, à chairs molles, fut prise, vers le commencement du sixième mois de sa grossesse, d'une perte de sang peu considérable, qui ne dura que quelques heures et ne s'accompagna d'aucune douleur. Une saignée du bras et quelques jours de repos furent conseillés par l'accoucheur. Cette perte de sang se renouvela trois fois, à des intervalles irréguliers pendant le cours du septième mois, devenant de plus en plus abondante. Chaque fois on revint à la saignée. Cette femme tomba dans une extrême faiblesse ; elle était arrivée au commencement du huitième mois quand l'hémorrhagie reparut avec une grande abondance : c'est alors que nous fûmes appelé. Il n'y avait aucune douleur utérine, le col était faiblement entr'ouvert et fermé par un caillot. L'hémorrhagie était suspendue depuis deux heures. La femme était si faible qu'on ne pouvait l'asseoir dans son lit sans qu'il survînt une lipothymie. Le globe utérin avait son volume normal, et l'enfant continuait à remuer. On avait appliqué et l'on maintenait de la glace sur l'abdomen. Nous reconnûmes l'implantation du placenta sur le col. Nous conseillâmes de déterminer l'accouchement immédiatement par l'évacuation des eaux, après avoir prévenu que si l'hémorrhagie se reproduisait, il était probable que la femme succomberait. Notre confrère, qui n'adoptait pas notre opinion sur la nature de la maladie, qu'il prétendait être une hémorrhagie de la muqueuse du col utérin et du museau de tanche, conseillait le tamponnement. Nous y consentîmes, en faisant remarquer que, si l'hémorrhagie se renouvelait au dessus du tampon, l'on pouvait craindre que, dans l'état de faiblesse où était la malade, l'inertie de l'utérus ne permît au

sang de se creuser facilement un foyer entre le placenta et la matrice, son issue étant empêchée par le tampon. Nous prescrivîmes de donner à la femme deux ou trois cuillerées de bouillon froid toutes les dix minutes. Pendant qu'on préparait l'appareil du tamponnement, le sang reparut avec peu d'abondance à la vérité, mais en assez grande quantité pour inspirer les plus vives inquiétudes, dans l'état de faiblesse où était la femme. Nous portâmes immédiatement la main dans le vagin, dans l'intention de pénétrer dans l'utérus si l'état du col nous le permettait, et d'extraire immédiatement l'enfant, car le danger, déjà extrême, croissait d'instant en instant, et le péril était tel que la ponction des eaux pouvait n'être qu'un moyen trop lent. Le col nous offrit une assez grande résistance; cependant nous pûmes porter l'extrémité de l'indicateur dans son orifice, où nous rencontrâmes le placenta. Nous revînmes immédiatement à la pensée d'évacuer les eaux, dans l'espérance que le travail de l'accouchement pourrait s'établir, ayant d'ailleurs l'intention, s'il n'arrivait pas, et si l'utérus restait dans l'inertie, de faire tous nos efforts pour dilater le col et aller chercher le fœtus. Une algalie ordinaire de femme, conduite sur le doigt, fut implantée dans la partie du placenta qui correspondait au col; elle pénétra avec facilité au travers du délivre et du chorion jusque dans la cavité de l'amnios; les eaux s'échappèrent immédiatement. L'utérus revint sur lui-même avec lenteur. Nous favorisâmes ce retour en faisant des frictions sur le ventre et en y maintenant de la glace. L'hémorrhagie cessa immédiatement. Nous continuâmes à administrer du bouillon froid. Au bout de trois heures, le travail de l'accouchement commença; il augmenta lentement, et cette femme accoucha, au bout de quatre heures, d'un enfant vivant qui entraîna le placenta qui couvrait une partie de sa face et de sa tête. L'accouchement fut immédiatement suivi du retour de l'utérus sur lui-même et d'une perte de sang peu considérable qui jeta la

femme dans une syncope qui se prolongea pendant quinze à vingt minutes, ne cessa ensuite que d'une manière incomplète, et se reproduisit cinq à six fois dans la soirée. Nous maintînmes la malade couchée horizontalement, et nous lui fîmes administrer, de quart-d'heure en quart-d'heure, une cuillerée de bouillon froid mêlé à un tiers de vin de Malaga. Il n'y eut presque aucun écoulement lochial, et il ne se manifesta pas de fièvre de lait. Cette femme se rétablit avec une lenteur extrême; elle ne put quitter le lit qu'après plus de deux mois; le pouls ne perdit sa fréquence qu'au bout de quinze jours, pendant lesquels il y eut une céphalalgie presque continuelle. L'enfant né de cet accouchement n'était pas à terme; il était fort petit; il resta très faible pendant dix à douze jours, au point de ne pouvoir téter; on le nourrissait en lui instillant du lait dans la bouche; il finit par prendre le sein, et dès lors ses forces augmentèrent, il acquit en huit ou dix jours toute la force d'un enfant ordinaire. Le placenta avait été percé à deux pouces de son bord; il était infiltré de sang qui était comme incorporé avec son tissu sur une étendue de deux pouces et demi à trois pouces, au milieu de laquelle se trouvait la plaie faite par l'algalie. Une couche de sang coagulé, de deux à trois lignes d'épaisseur, adhérait solidement à cette surface, et se continuait avec le sang infiltré dans le tissu placentaire, déchiré profondément dans ce point.

Chez l'autre femme, que nous avons soumise à la même opération à l'hôpital, au milieu du septième mois de la gestation, l'algalie pénétra obliquement au travers du placenta, entrant à deux pouces de son bord, et sortant à cinq lignes du bord de la surface fœtale. L'enfant périt immédiatement après sa naissance. La femme n'éprouva pas les accidents de syncope et d'oligaimie du sujet précédent, parce qu'elle était dans un état d'épuisement porté beaucoup moins loin.

Indications et avantages de la pratique de la ponction des eaux de l'amnios au travers du placenta.

1534. Nous n'hésiterons pas à recourir à la ponction de l'amnios au travers du placenta dans tous les cas où nous aurons à remédier aux accidents d'une hémorrhagie par implantation du placenta sur le col, lorsqu'elle se renouvellera, malgré les moyens hémostatiques ordinaires, avec assez d'opiniâtreté et d'abondance pour déterminer un commencement d'oligaimie de la femme, qui ne pourrait plus augmenter sans danger. Cette opération a l'avantage de pouvoir être pratiquée avant que la dilatation du col soit très prononcée, et par conséquent à une époque beaucoup plus rapprochée de l'invasion des accidents que celle à laquelle on pourrait pratiquer l'accouchement forcé par l'introduction de la main.

Si le résultat heureux que les observations que nous avons rapportées doivent faire espérer, ne se réalisait pas, c'est que le travail de l'accouchement ne succéderait pas à l'évacuation des eaux; l'utérus resterait alors dans l'inertie; le relâchement du col et le vide intra-utérin qui résulteraient de la sortie des eaux de l'amnios, permettraient de procéder à l'accouchement forcé par les moyens ordinaires. Nous sommes convaincu que ce dernier expédient ne deviendrait indispensable que dans des cas où l'on aurait apporté un retard trop prolongé à recourir à la ponction placentaire.

1535. Nous regardons comme indispensable, pour l'opération de la ponction des eaux au travers du placenta, dans les cas qui nous occupent, de faire usage d'une algalie métallique mousse, pour éviter de blesser l'enfant dans l'amnios. Cette algalie offre un canal pour l'écoulement des eaux, que son extrémité favorise en tenant les parties de l'enfant écartées de la surface fœtale du placenta.

Du traitement indiqué lorsque le placenta reste adhérent dans l'accouchement qui termine une

1536. Lorsque l'accouchement vient mettre un terme à l'hémorrhagie utéro-placentaire latente, il peut se présenter un accident grave qui se rattache en partie aux circonstances de cette maladie; cet accident résulte de l'obstacle

opposé au retour de l'utérus sur lui-même par le sang accumulé dans sa cavité ou chatonné sous le placenta soulevé par son centre et conservant des adhérences par ses bords. Chez les femmes épuisées par la perte d'une grande quantité de sang, soit expulsée au dehors, soit retenue dans la cavité utérine, la matrice revient sur elle-même avec une faiblesse de contraction qui fait qu'elle n'a pas assez de puissance pour détacher facilement le placenta ou pour repousser hors de sa cavité l'obstacle que le délivre ou des caillots sanguins condensés opposent au passage du sang; dans ce cas une métro-hémorrhagie interne se produit et peut entraîner rapidement la mort, d'autant plus que les moindres pertes de sang ne peuvent plus s'accomplir sans danger. Il ne faut pas alors hésiter à porter la main dans la cavité de la matrice, dans le double but d'extraire le délivre et les caillots, et de provoquer la rétraction des parois utérines.

hémorrhagia utéro-placentaire latente.

1537. Quand le travail de l'accouchement s'établit, ou lorsqu'il a été provoqué par l'art pour mettre un terme à l'hémorrhagie utéro-placentaire, si les contractions utérines se suspendent, et si la matrice reste dans l'inertie, l'hémorrhagie, redevenue possible, se reproduit immédiatement. L'indication de faire cesser l'inertie utérine et de hâter le travail de l'accouchement, est alors urgente, car les contractions de la matrice peuvent seules mettre un terme à l'hémorrhagie, et sauver la vie de la femme et celle de l'enfant qu'elle va mettre au jour. Il y a longtemps que les praticiens ont reconnu l'importance de cette indication; dans la fin du dix-septième siècle, Denis Van-Sterre a réuni des observations cliniques qui montrent le danger dans lequel se trouve jetée la femme par l'hémorrhagie qui survient dans ces cas de suspension subite du travail de la parturition, et la nécessité de terminer alors l'accouchement par les moyens de l'art [1]. Si les eaux ne sont

Moyens indiqués contre les hémorrhagies qui compliquent l'accouchement.

[1] *Voorstelling der noodzackeligheit der Kayzerlyke snee... van de baaring.* Leiden, 1682, in-12.

pas encore écoulées, la ponction de l'amnios est le moyen le plus direct de mettre en jeu la rétractilité de l'utérus et de provoquer la reprise du travail. Si les eaux sont écoulées, il faut forcer la dilatation du col, et aller rapidement chercher l'enfant. On n'a pas même toujours besoin d'achever cette manœuvre; l'irritation que l'on produit sur le col, pour dilater et franchir son orifice, suffit souvent pour déterminer des contractions utérines expulsives. Dès que ces contractions sont bien établies, on peut laisser le travail aux seuls efforts de la nature; l'hémorrhagie ne se reproduira pas tant qu'il continuera. Dans les cas les plus fâcheux, l'introduction de la main dans l'utérus et la manœuvre de la version suffisent pour déterminer de vives contractions de la matrice, qui mettent à l'abri du retour de l'hémorrhagie après la sortie de l'enfant et avant la délivrance.

Des moyens thérapeutiques propres à provoquer les contractions utérines pour la guérison des hémorrhagies utéro-placentaires.

1538. Dans les cas d'une intensité modérée, dans lesquels les contractions sont seulement très faibles, si l'on remarque des symptômes d'hémorrhagie utéro-placentaire, ou si ces symptômes ne sont encore qu'imminents, on agit sur les forces des femmes par quelques boissons excitantes toniques, telles que du vin en petite quantité, une infusion aromatique, etc., pendant qu'on tâche d'activer les contractions utérines par des pressions et des frictions abdominales, des lavements froids, des topiques froids sur le ventre. L'usage de tous ces moyens convient également dans les cas graves dans lesquels les symptômes d'hémorrhagie intra-utérine se montrent avec l'inertie complète de la matrice; seulement alors ils ne sont que des remèdes adjuvants qui doivent être opposés à la déperdition des forces pendant qu'on combat les effets de l'inertie utérine, ou cette inertie elle-même, par les moyens qui débarrassent directement la matrice de la présence du produit de la conception.

C'est d'après l'efficacité bien constatée des contractions utérines expulsives pour arrêter les hémorrhagies utéro-

placentaires occultes ou évidentes que l'on a penseé à recourir à tous ces moyens thérapeutiques qui sont tous propres à provoquer ces contractions. Parmi les moyens internes qui agissent évidemment dans ce sens, le seigle ergoté, par son action sur la contractilité utérine, paraît plus propre que tout autre à conduire au même résultat.

Utilité et danger de l'administration de l'ergot de seigle.

1539. Nous avons bien souvent reconnu l'action de l'ergot du seigle sur l'utérus. Nous avons souvent déterminé, par son secours, des accouchements dont l'inertie de la matrice ralentissait la marche, quand la dilatation du col utérin, et l'engagement de l'enfant au détroit supérieur, démontraient qu'il n'y avait plus de résistance à vaincre au col de l'utérus; nous n'hésiterions donc pas à l'administrer dans un cas où se trouveraient réunies toutes ces conditions après une hémorrhagie, pour prévenir l'inertie utérine qui pourrait reproduire la perte de sang. Malheureusement, dans ces cas d'hémorrhagie, le produit de la conception est le plus souvent encore entièrement renfermé dans la matrice, l'action puissante de ce médicament, déterminant des contractions spasmodiques violentes de toutes les fibres utérines, peut produire brusquement une déchirure de la matrice, et occasionner la mort de la femme. Ce terrible accident est arrivé une fois dans notre service à l'hôpital, dans un cas d'implantation du placenta sur le col. Voici l'observation à laquelle il a donné lieu : nous désirons qu'elle inspire à nos lecteurs toute la circonspection qu'elle a fait naître en nous pour l'administration du seigle ergoté, dont on fait depuis quelques années un si déplorable abus.

Une femme de vingt-six ans entra, le 5 décembre 1836, dans le service qui nous est confié à l'hôpital. Cette femme était grosse de six mois; depuis la fin du quatrième mois elle avait sans cause connue de fréquentes pertes de sang qui ne duraient qu'un jour ou deux au plus, et survenaient sans occasionner aucune douleur. La quantité de sang qui s'écoulait ainsi des organes génitaux était peu considérable; cepen-

dant elle devenait de plus en plus abondante. Cette femme était dans un état de débilité assez grand; nous lui prescrivîmes de garder un repos complet au lit. Elle resta jusqu'au 30 décembre sans que l'hémorrhagie se reproduisît; mais ce jour-là la perte reparut avec assez d'abondance. Le col utérin était légèrement béant : nous ne pûmes y introduire le doigt; l'enfant faisait sentir ses mouvements, on percevait à l'auscultation les battements de son cœur; nous ne pûmes provoquer le ballottement. Le 31 décembre il ne s'écoulait plus de sang par l'utérus, mais la femme éprouvait quelques douleurs lombaires erratiques qui se prolongeaient dans le bassin. Le 1er janvier il s'écoula un peu de sang par le vagin comme par jet, avec de légères douleurs lombaires. Le 2 janvier le sang n'avait pas paru depuis la veille, quand il se manifesta vers le soir de véritables douleurs lombo-utérines de parturition, avec issue de sang séreux. Le 3 janvier au matin nous trouvâmes cette femme avec des douleurs d'accouchement très prononcées; ces douleurs étaient comme lombaires, mais elles commençaient à porter sur le col de l'utérus; le museau de tanche était encore épais et fort dur : il offrait une dilatation de dix à douze lignes de diamètre, qui nous permit de porter le doigt dans sa cavité et de sentir la présence du placenta sur le col; on percevait profondément derrière cet organe la convexité de la tête de l'enfant dans la matrice. Un véritable travail d'accouchement était établi, mais les douleurs étaient lombaires, vives et très fréquentes. La femme n'étant grosse que de sept mois, l'hémorrhagie, par la présence du placenta sur le col, devenait de moins en moins à redouter par le fait même de l'établissement du travail de parturition, qui devait s'accomplir avec plus de facilité qu'au terme naturel de la grossesse. Cependant cette femme poussait des cris violents à chaque douleur, elle était démoralisée au plus haut degré, et demandait avec instance qu'on la délivrât. Vers le midi, par conséquent trois à quatre

heures après notre visite, elle insista pour qu'on fît appeler l'élève de garde, ne voulant pas attendre l'élève interne de notre service, qui connaissait tout ce qu'elle avait éprouvé et toute notre pensée sur son état. Trente-six grains de seigle ergoté furent prescrits et donnés en deux prises à une demi-heure d'intervalle. Une demi-heure après la dernière prise d'ergot, l'élève interne du service arriva auprès de cette femme, sur les deux heures et demie : il la trouva en proie à des douleurs utérines excessivement intenses, qui lui faisaient pousser des cris aigus; la figure était pâle et exprimait la plus pénible angoisse. Il s'empressa d'explorer l'état du col, mais la douleur cessa instantanément pendant qu'il procédait à cette exploration : il sentit, entre les lèvres du col entr'ouvert environ du diamètre d'une pièce de trente sous, un corps mou, qui lui sembla être interposé entre son doigt et la tête de l'enfant; la femme fut prise immédiatement d'un frisson des plus intenses, sa face était pâle et s'altérait d'instant en instant; elle se plaignait d'une vive douleur lombaire : le ventre, affaissé, présentait des bosselures et était plus saillant à droite qu'à gauche : le pouls était fréquent et très petit. Le frisson cessa peu à peu, après un quart d'heure environ de durée, et fit place à un état de collapsus et de demi-syncope. Depuis le commencement du travail cette femme avait perdu peu de sang : il se manifesta alors une perte qui donna issue au plus à quatre à cinq onces de sang; la malade tomba alors dans le plus grand affaiblissement, l'altération de son facies devenait de plus en plus profonde; elle tenait quelques propos incohérents et se plaignait d'une douleur brûlante dans la partie inférieure de l'abdomen; le pouls était fréquent et extrêmement faible; la peau, à peine chaude, était humide de sueur; la respiration était accélérée; la malade se plaignait d'étouffer et d'éprouver de la soif. A trois heures et demie cette femme était presque sans connaissance; elle succomba à quatre heures du soir. A l'ou-

verture du cadavre nous trouvâmes l'utérus rompu et le corps du fœtus passé dans l'abdomen : il était dépouillé de ses membranes, sa tête était restée dans l'utérus, et le col répondait aux lèvres de la rupture de la matrice; une quantite considérable de sang mêlé aux eaux de l'amnios était épanchée dans la fosse iliaque droite; le col utérin ne présentait aucune trace de déchirure : il était dur sur ses lèvres et offrait un orifice de six à huit lignes de diamètre environ. La déchirure par laquelle le fœtus avait passé commençait à un pouce et demi au dessus du bord droit du col, et se prolongeait au devant du ligament large, en suivant le bord droit de l'utérus, jusqu'au fond de cet organe sur sa face antérieure. Sur la face postérieure de l'utérus se trouvait une autre rupture qui commençait à un demi-pouce au dessus du col, et venait se terminer un peu au dessus du milieu du bord droit de la rupture principale. Cette dernière rupture n'occupait que la paroi propre de la matrice, la tunique péritonéale utérine n'y avait pas participé. Le placenta adhérent à la paroi utérine était greffé sur le côté gauche postérieur et inférieur de la cavité de la matrice; son bord s'étendait sur l'orifice interne du col, mais il était décollé, froncé et manifestement refoulé de droite à gauche vers la lèvre gauche de l'orifice utérin. La tête du fœtus, du volume ordinaire de la tête d'un fœtus de sept à huit mois au plus, reposait sur le côté droit du col utérin, l'occiput tourné vers la cavité cotyloïde droite de la mère; le cuir chevelu, sur la fontanelle postérieure, présentoit un mamelon conique saillant qui correspondait à l'orifice du col et qui refoulait à gauche le bord du placenta; le tissu utérin était sain dans toutes ses parties, et les parois de la matrice n'avaient pas moins de cinq à six lignes d'épaisseur sur les bords comme loin des bords de la déchirure [1].

[1] La femme sur laquelle cette observation a été recueillie avait eu un premier accouchement qu'on avait terminé par le forceps; cette circonstance nous détermina à faire préparer le bassin pour en mesurer exactement les dia-

La rupture de l'utérus a été évidemment, dans ce cas, déterminée par la violence des contractions utérines, dont l'effet expulsif portait sur le col résistant et non dilaté : il ne nous semble pas impossible que cet effet des contractions utérines ait été favorisé par la disposition qui résultait de l'implantation du placenta sur le col. L'occiput de l'enfant tendant à s'engager, se trouvait séparé à gauche du bord du col par le placenta interposé, qui atténuait les effets de la pression et repoussait la tête vers le côté droit de l'utérus, sur lequel portait ainsi tous les effets de la pression, et où la rupture est en effet survenue.

Cette observation a permis de constater à la fois la suspension de l'hémorrhagie utéro-placentaire, suite de l'implantation du placenta sur le col, dès que les contractions utérines expulsives de l'accouchement ont été établies (1358), et la cause immédiate de cette suspension. Les traces évidentes de la pression exercée sur le bord droit du placenta qui correspondait au col de l'utérus, et les rapports de la tête de l'enfant tendant à s'engager dans le col avec cette partie interposée, ne permettent pas de douter que les contractions utérines n'aient exercé, par l'intermédiaire de la tête de l'enfant, une compression sur le placenta qui a été la cause immédiate de la suppression de l'hémorrhagie.

1540. L'administration du seigle ergoté ne peut convenir chez les femmes affectées d'hémorrhagies par implantation anomale du placenta que pour seconder le travail de l'accouchement quand il est établi et quand le col de l'utérus est dilaté, dans le but de prévenir et de combattre l'inertie de l'utérus. Il ne faut jamais y avoir recours comme à un moyen thérapeutique destiné à produire ou même

mètres : ils avaient leur longueur ordinaire, et la disposition des os pelviens ne présentait aucune difformité. Quand même il en eût existé, elles n'auraient pas été suffisantes pour empêcher un accouchement avant terme, qui d'ailleurs avait été interrompu par la rupture avant la dilatation du col utérin, et par conséquent avant que la tête fût engagée.

seulement à accélérer le travail de la parturition. Ce travail commence par le col de la matrice, et ne s'étend, au moins avec énergie, au reste de l'utérus que lorsque le col a acquis un certain degré de dilatation; on conçoit ainsi comment le seigle ergoté, en provoquant des contractions énergiques de toutes les fibres utérines pendant que le col, encore resserré, oppose une résistance puissante, peut déterminer la déchirure, ainsi que cela est arrivé chez le sujet de cette observation.

Moyens de traitement dirigés contre les syncopes qui surviennent par suite des hémorrhagies utéro-placentaires.

1541. Les hémorrhagies utéro-placentaires, par la rapidité avec laquelle s'accomplit souvent la perte de sang abondante qu'elles déterminent, sont très fréquemment suivies de syncopes prolongées, souvent accompagnées et suivies d'accidents spasmodiques, et pendant lesquelles la mort arrive quelquefois. Les moyens applicables à ces accidents immédiats de l'hémorrhagie sont ceux qui s'administrent en semblable circonstance, quel que soit le siége de l'hémorrhagie qui a provoqué la syncope : nous les avons indiqués ailleurs (183 *et sqq.*); il suffit que nous insistions ici sur la nécessité d'y avoir recours avec une activité qui peut être négligée dans beaucoup d'autres hémorrhagies. La rapidité avec laquelle se fait la perte de sang, surtout dans les hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent à la fin de la grossesse, ou qui compliquent l'accouchement, lui donne une influence funeste que presque aucune hémorrhagie ne présente à un pareil degré.

1542. La suppression de l'hémorrhagie ne fait pas, quand la perte de sang a été abondante, cesser tout le danger de l'oligaimie qu'elle a immédiatement déterminé; il reste encore à satisfaire aux indications thérapeutiques qui résultent de cet état : là encore, les règles que nous avons exposées sur ce point de thérapeutique (187 *et sqq.*), trouvent une application directe et plus urgente aussi que pour les suites de la plupart des pertes de sang qui surviennent par d'autres organes.

DEUXIÈME PARTIE.

DES DIACRISES.

1543. Cette deuxième partie comprend l'histoire des maladies que nous désignons sous le nom de *Diacrises* et qui forment la seconde classe dans le cadre nosologique que nous avons établi (16). Nous la partageons en sept livres disposés dans l'ordre et sous les titres suivants : Division de cette partie.

1° Des diacrises en général;

2° Des diacrises gastro-intestinales;

3° Des diacrises des glandes annexes de l'appareil digestif;

4° Des diacrises de l'appareil urinaire ;

5° Des diacrises de l'appareil génital;

6° Des diacrises de la peau et des organes des sens;

7° Des diacrises de l'appareil de la respiration.

LIVRE PREMIER.

DES DIACRISES EN GÉNÉRAL.

CHAPITRE PREMIER.

Définition des diacrises en général et exposition des caractères génériques de ces maladies.

Caractères essentiels des diacrises.

1544. *Les diacrises* sont des lésions des organes sécréteurs, dont elles modifient les fonctions de manière à augmenter la quantité, et à altérer les qualités des produits sécrétés; elles ne peuvent par conséquent avoir leur siége que sur des parties physiologiquement chargées d'opérer des sécrétions. L'accomplissement d'un acte sécréteur est une condition inséparable de l'existence d'une diacrise, comme l'anomalie de l'action sécrétoire organique est la condition constitutive de cette maladie.

Motifs de préférence du mot *Diacrise* sur le mot *flux*.

1545. Les maladies que nous réunissons sous la dénomination de diacrises, ont été pour la plupart comprises dans la classe de maladies à laquelle plusieurs nosographes ont imposé le nom de *flux*, parce que l'augmentation du produit de la sécrétion est le phénomène le plus saillant dans ces maladies. Nous avons rejeté cette dénomination; elle n'exprime pas nettement que le produit morbide tire toujours son origine d'un organe sécréteur; elle fait ainsi exception de l'acte sécrétoire modifié, condition morbide primitive dans ces maladies. Nous trouvons aussi qu'elle ne fait pas ressortir les changements de qualité des produits sécrétés, qui sont le résultat de l'anomalie de l'acte sécréteur et qui se trouvent toujours réunis dans ces maladies à l'augmentation de quantité du produit. Cette modification des qualités du produit est d'autant plus importante à

mettre en relief que plusieurs des phénomènes des diacrises, et pour certaines de ces maladies les phénomènes principaux en proviennent.

1546. Le mot *Diacrise* a aussi l'inconvénient d'une signification trop restreinte puisqu'il n'exprime que l'acte sécréteur proprement dit [1], sans renfermer l'idée d'un état anomal de la sécrétion; nous l'avons néanmoins choisi parce qu'il est inusité en physiologie et qu'il ne peut ainsi donner l'idée d'un acte organique appartenant à l'état sain; l'on a d'ailleurs l'habitude de lier à l'existence d'un état de maladie le mot *crise*, qui a la même étymologie et est par conséquent tout aussi défectueux comme expression d'un phénomène morbide. Considéré sous ce point de vue, le mot diacrise a surtout l'avantage d'exprimer l'idée d'un acte anomal d'un organe sécréteur et d'un produit de sécrétion altéré, conditions principales et essentielles de toutes les maladies auxquelles nous appliquons cette dénomination générique.

Signification rigoureuse du mot diacrise.

1547. C'est parce qu'elles ne réunissent pas ces conditions indispensables pour l'existence réelle des maladies que nous comprenons sous le nom de diacrises que nous en avons séparé les hémorrhagies, que plusieurs nosographes ont confondues avec elles dans une même classe. Quand une hémorrhagie s'accomplit, même par un organe sécréteur, il n'y a point d'action sécrétoire puisque le sang franchit les bouches exhalantes sans éprouver de modifications. Les hémorrhagies sont des maladies moins complexes que les diacrises puisqu'elles ne nécessitent pas comme elles une action organique préalable, d'origine physiologique quoique s'accomplissant d'une manière anomale.

Nécessité de separer les hémorrhagies des diacrises.

1548. L'existence des diacrises étant liée à des conditions anomales des sécrétions, il importe pour qu'on puisse se faire une idée précise de la nature de ces maladies, de déterminer d'abord quels sont physiologiquement les actes organiques qui constituent les sécrétions et quelles sont

Définition des actes physiologiques qui constituent les sécrétions et la nutrition.

[1] Diacrise, *diacrisis*, du verbe διακρίνω, *excerno*, *secerno*.

les limites de ces actes et leurs rapports avec l'organisme.

Toutes les parties vivantes puisent, soit en elles dans l'appareil circulatoire qui les pénètre ou dans leur parenchyme propre, soit hors et autour d'elles, des molécules dont l'aggrégation et les transformations créent des substances solides, liquides ou gazeuses qui ont différentes destinations. Ces substances constituent dans la trame de tous les tissus ou à leurs surfaces des formations organiques qui entretiennent à l'état normal leur structure et leurs rapports de continuité ou de contiguité avec des parties voisines; ou bien elles sont déposées sur des surfaces ou dans des réservoirs pour servir à l'accomplissement des fonctions par lesquelles les êtres vivants établissent avec le monde extérieur des relations indispensables à la conservation de l'individu et de l'espèce. Ce sont les actes organiques qui ont pour but de produire et de déposer ces substances sur les surfaces extérieures des parties vivantes ou dans des réservoirs à ce destinés, qui constituent dans leur ensemble les fonctions qu'on désigne sous le nom de sécrétions, tandis que tous ceux qui ont pour but de préparer, d'introduire et de déposer dans le sein ou sur les surfaces des parties vivantes des molécules qui s'y fixent et qui y acquièrent avec la trame de ces parties des conditions d'adhérence et de continuité, appartiennent à la grande fonction qu'on a appelée nutrition.

La nutrition, quoiqu'elle ne s'accomplisse pas de la même manière dans tous les tissus et pour tous les organes, est un acte organique universel chez les êtres vivants puisqu'il se trouve dans toutes les portions de leur corps. Les sécrétions sont des fonctions limitées à certains organes destinés et appropriés à leur accomplissement.

Des phénomènes qui appartiennent exclusivement aux diacrises.

1549. Toutes les diacrises consistant dans l'accomplissement anomal des sécrétions ont nécessairement pour siége des organes sécréteurs, et pour phénomène indispen-

MANCHESTER MEDICAL SOCIETY

sable le dépôt d'un produit modifié sur les surfaces extérieures des parties vivantes ou dans des réservoirs destinés à recevoir les produits de la sécrétion. Toutes les maladies dans lesquelles s'effectuent d'une manière anomale la préparation, l'introduction ou le dépôt, dans le sein ou sur les surfaces des parties vivantes, de molécules qui s'y fixent et qui y acquièrent avec la trame de ces parties des conditions d'adhérence ou de continuité, ne peuvent être considérées comme des diacrises; elles consistent dans des anomalies de la nutrition qui peuvent avoir leur siége dans toutes les parties du corps, et elles n'affectent les organes sécréteurs que comme toute autre partie vivante; ainsi, plusieurs maladies que l'on a appelées altérations de sécrétions interstitielles, telles que les infiltrations de différentes espèces, celles qu'on a appelées flux internes, comme les épanchements dans les cavités séreuses ou dans les cavités de certains organes creux, ne peuvent être assimilées entièrement aux diacrises : c'est pourquoi nous ne nous en occupons point dans cette deuxième partie.

Des conditions nécessairement inhérentes à l'existence des diacrises.

1550. Dans toute sécrétion il y a un organe sécréteur spécial, et toujours le produit de la sécrétion provient au moins en grande partie du sang par l'intermédiaire d'un acte élaborateur de cet organe. Le produit de toute sécrétion a par conséquent une origine interne, il en est nécessairement de même pour l'origine du produit de toutes les diacrises.

Pour l'accomplissement d'une sécrétion il y a toujours intervention active d'un organe sécréteur, à laquelle se rattachent nécessairement tous les phénomènes habituels qui se lient à l'activité d'un organe. La même condition existe dans les diacrises, et comme les phénomènes d'action des organes varient dans l'état physiologique dans des limites écartées sans qu'il y ait état morbide, dans les diacrises où ces limites sont toujours dépassées, les phénomènes d'action sont toujours plus prononcés ou s'ac-

complissent irrégulièrement de manière à constituer les principaux symptômes de la maladie.

Chaque sécrétion a pour résultat dans l'état physiologique de faire naître en quantité variable dans certaines limites, suivant les besoins auxquels elle est destinée à pourvoir, un produit extérieur solide, liquide ou gazeux, il y a toujours relativement à l'organisme séparation et dépôt à l'extérieur de ce produit, soit sur les surfaces internes, soit sur les surfaces externes. Ces conditions inséparables de l'existence d'une sécrétion à l'état physiologique le sont également de toute maladie qui appartient aux diacrises, puisque l'accomplissement anomal d'une fonction ne peut exister qu'après la fonction elle-même, et est nécessairement subordonné à toutes les conditions qui résultent de la nature, de la disposition et du mode d'action des organes de cette fonction.

Motifs pour distinguer des sécrétions les actes organiques qui produisent les tissus stratifiés.

1551. Le mode d'exportation d'un produit sécrété hors de l'organisme varie selon le but de la sécrétion, mais dans aucun cas ce produit n'est destiné à rester inhérent à quelque organe, à s'attacher à sa trame ou à persister dans ses interstices, à devenir en un mot partie intégrante et continue de son tissu. Nous ne rapportons pas par conséquent aux sécrétions proprement dites les actes organiques qui ont pour résultat de déposer des substances solides, liquides ou gazeuses dans les interstices des fibres des tissus, dans les lacunes ou cellules séreuses, dans les cavités cylindriques ou aréolaires des os, etc. Nous ne considérons même pas comme de simples sécrétions les actes organiques qui font naître sur la surface intérieure et dans la trame de certaines parties des couches stratifiées plus ou moins solides, cornées, calcaires, osseuses, etc.; tous ces actes appartiennent à la nutrition. Les physiologistes qui les ont rapprochés des sécrétions à cause du peu de vitalité ou même de la nature inorganique de certains de ces produits n'ont pas réfléchi que dans l'organisation des tissus vivants, considé-

rés non seulement dans l'homme mais aussi dans toute la série animale, les molécules organisées ne sont pas partout au même degré et ne sont même nulle part complètement soustraites aux lois physiques, et qu'il est même beaucoup de parties où ces lois sont tellement prépondérantes que la formation et la condensation textiles ne s'opèrent que sous leur influence.

Caractères différentiels des diacrises.

1552. D'après notre manière de considérer les sécrétions nous déterminons facilement les conditions pathologiques spéciales qui font des diacrises un genre de maladie séparé, renfermant des affections toutes de même nature et ne différant que par les conditions qui résultent des dispositions particulières aux divers organes sécréteurs.

Toute maladie dans laquelle un produit de sécrétion habituel solide, liquide ou gazeux se trouve modifié dans ses qualités ou augmenté de quantité d'une manière anomale est une diacrise. Cette maladie emprunte ensuite le caractère idiopathique ou symptomatique de la manière dont la lésion morbide s'est introduite dans l'organe sécréteur. Si cette lésion provient d'une altération primitive de la texture de cet organe, l'anomalie fonctionnelle est nécessairement secondaire et la sécrétion altérée n'est qu'un effet de la maladie même des tissus de l'organe et n'appartient point aux diacrises idiopathiques; il faut au contraire considérer la diacrise comme essentielle et primitive toutes les fois que l'anomalie de la sécrétion est le phénomène pathologique principal et primitif au-delà duquel on ne trouve plus que les effets immédiats morbigènes des causes externes ou internes.

Des formes des diacrises suivant le mode de la lésion fonctionnelle qui les constitue.

1553. L'accomplissement d'une sécrétion est une fonction complexe qui comprend plusieurs actes physiologiques : le premier est le phénomène intime qui se produit dans l'organe sécréteur, et qui constitue l'acte primordial de la sécrétion; le produit sécrété est ensuite déposé dans le réservoir de l'organe sécréteur, puis il est transporté, par des

organes vecteurs, plus ou moins loin du lieu où il a été élaboré; il est enfin versé sur les surfaces qui doivent le recevoir, ou rejeté hors de l'organisme. Dans quelques sécrétions, ce dernier acte n'arrive qu'après le dépôt et l'accumulation de ce produit dans un réservoir approprié. Ces actes, qui se font et se succèdent différemment selon les divers organes sécréteurs, sont modifiés différemment aussi dans les diacrises, en raison de leur siége et suivant les formes variées de ces maladies. Ces modifications sont l'origine des formes différentes que peuvent présenter ces maladies, sans changer cependant de nature. Il est des diacrises dont tous les phénomènes se rapportent à la modification de l'acte sécréteur; d'autres qui ne présentent que des symptômes d'excrétion modifiée en raison de la qualité ou des qualités anomales du produit altéré; d'autres dans lesquelles le trouble des fonctions à l'accomplissement desquelles le produit sécrété est nécessaire, est l'accident principal; d'autres enfin qui n'ont de symptômes que ceux de l'excrétion plus active d'une plus grande quantité du produit de la sécrétion, etc. On peut ainsi aisément comprendre comment l'identité de nature de plusieurs de ces maladies disparaîtrait pour le médecin qui s'arrêterait aux formes extérieures de leurs accidents, sans tenir compte des effets des dispositions spéciales des organes, et des différences qui résultent dans l'expression des phénomènes, de la lésion plus directe des divers actes organiques coordonnés entre eux pour l'accomplissement de la fonction dont les anomalies constituent l'état morbide.

Caractère de simplicité des diacrises déduit du peu d'intervalle qui sépare l'acte qui les constitue essentiellement de l'état physiologique.

1554. Après les hémorrhagies, les diacrises sont les maladies les plus simples qui puissent se produire, parce qu'elles s'éloignent le moins de l'état physiologique. L'action des organes sécréteurs dans l'état de santé est variable dans des limites si écartées, qu'il est impossible de déterminer où commence l'état morbide autrement que par les dérange-

ments fonctionnels qu'il occasionne. Aussi le passage d'une sécrétion de la condition normale à la condition pathologique, n'est-il le plus ordinairement lié à la production d'aucune altération de texture durable des organes sécréteurs; il survient souvent comme il cesse, avec une facilité et une vitesse qui montrent qu'il y a toujours peu d'intervalle de l'état physiologique d'un organe sécréteur, porté aux termes extrêmes de son action, à l'existence en lui de la condition réellement morbide.

CHAPITRE II.

Description générale des symptômes des diacrises.

Sources diverses des symptômes des diacrises.

1555. Les symptômes des diacrises se rapportent soit directement à la présence du produit de la sécrétion en quantité et avec des qualités insolites, soit immédiatement à l'accomplissement anomal de la sécrétion dans l'organe qui en est chargé, soit enfin médiatement à l'influence exercée sur des organes spéciaux, sur des fonctions déterminées ou sur l'organisme en entier, par toutes les conditions pathologiques qui se rattachent à la diacrise comme cause ou comme effet.

Forme générale des phénomènes qui dépendent directement de l'altération des produits sécrétés.

1556. Les phénomènes les plus prononcés d'une sécrétion sont ceux qui proviennent immédiatement de ses produits. Dans les diacrises ces phénomènes expriment, avec la présence du produit sécrété, des modifications dans ses qualités et dans sa quantité; ils sont les principaux symptômes communs de ces maladies.

Dans toutes les diacrises qui affectent les sécrétions dont le produit, dans l'état sain, est un fluide en vapeur ou à l'état liquide excrété en quantité assez faible pour être dissous et emporté par l'atmosphère, la vapeur condensée devient apparente sous la forme de gouttelettes qui se déposent sur les surfaces destinées à recevoir le produit

sécrété; ainsi, dans les diaphorèses, au lieu de la vapeur qui se dissout continuellement dans l'air ambiant, il se forme sur la peau des gouttelettes d'un liquide qui ruisselle à la surface; ainsi, dans la phlegmatorrhagie, au lieu de la vapeur aqueuse, continuellement dissoute et emportée par le courant d'air qui traverse les fosses nasales, il se dépose un liquide séreux qui s'écoule par les narines.

Pour les sécrétions gazeuses l'augmentation de la quantité du produit ne peut se reconnaître que pour celles de ces sécrétions dont les produits se déposent dans des réservoirs intermédiaires à leur expulsion. Le gaz sécrété en quantité insolite distend les réservoirs et cette distension, ou plutôt les phénomènes anomaux qu'elle occasionne sont les symptômes de la diacrise gazeuse.

Pour toutes les sécrétions dont le produit est destiné à lubréfier des surfaces, le premier symptôme de la diacrise est la présence du liquide sécrété sur la surface destinée à le recevoir, en quantité telle qu'il reflue aux limites de cette surface, et qu'il excède, par son abondance, la puissance d'action des organes destinés à l'absorber ou à l'éliminer. Ces phénomènes morbides se voient sur la conjonctive dans l'épiphora, sur la muqueuse buccale dans le ptyalisme, sur la muqueuse vaginale dans certaines leucorrhées, etc.

S'il s'agit d'une sécrétion située à l'intérieur du corps, l'augmentation de la quantité du produit provoque des actes d'excrétion insolites plus ou moins fréquents. La multiplicité de ces actes, et leurs effets immédiats, sont alors les symptômes de l'augmentation de la sécrétion accomplie profondément.

Pour les organes sécréteurs qui sont pourvus d'un réservoir où se dépose le produit sécrété, l'augmentation de quantité de ce produit, résultant de la diacrise, se montre par la réplétion plus rapide et plus fréquente de ce réservoir, et par la nécessité de son évacuation se faisant moins

attendre et se reproduisant plus souvent. C'est ainsi que, dans les diacrises urinaires, la réplétion de la vessie et la nécessité de son évacuation se renouvellent un plus grand nombre de fois dans un temps donné qu'à l'état normal.

Modes d'altération des produits sécrétés dans les diacrises.

1557. Les produits des sécrétions, considérés dans leurs qualités physiques et chimiques, présentent tous des caractères spéciaux qui résultent de la présence en eux, et comme partie intégrante de leur substance, de certains éléments immédiats que la chimie a fait connaître; tels sont : pour le lait, le sucre de lait; pour la bile, le picromel, etc. Mais il n'est aussi aucun de ces produits qui ne contienne, outre ces substances spéciales, et comme formant la plus grande partie de sa masse, des éléments qui lui sont communs avec un grand nombre d'autres parties de l'organisme, et dont plusieurs même se trouvent dans tous les liquides et tous les solides du corps; tels sont des substances salines, ou des alcalis, ou des acides, de l'eau, du carbone, du gaz acide carbonique, de l'albumine, etc., etc. C'est la présence de ces éléments communs et spéciaux, associés dans des proportions qui varient dans des limites déterminées, qui constitue l'état normal des produits de sécrétion. Dans les diacrises, ces proportions sont altérées, et la quantité des substances spéciales propres à chaque produit sécrété, est ordinairement diminuée; l'altération du produit consiste alors en général en ce qu'il est moins animalisé, et qu'il participe davantage du caractère commun des fluides séreux, à mesure que la diacrise augmente et devient plus chronique. A ce mode d'altération, se joint le plus souvent dans le produit de la sécrétion modifiée, la présence d'éléments qui lui sont étrangers dans l'état normal, et qui s'y trouvent introduits par le fait de la maladie. Ces éléments consistent soit dans une surabondance de principes salins et coagulables qui produisent des concrétions dont la présence et les accidents qu'elle détermine sont alors les symptômes dominants de la

maladie, soit dans des substances spéciales qui ne se forment que dans ces états morbides, tels que le sucre, qui se montre dans l'urine des diabétiques, etc.; soit enfin dans des substances organiques qui appartiennent à d'autres produits de sécrétion ou à diverses parties de l'organisme, et ne se montrent jamais dans l'état normal du produit sécrété. Cette dernière altération des produits sécrétés dans les diacrises est certainement la plus commune; c'est à elle qu'il faut rapporter les sécrétions gastro-intestinales albumineuses des cholériques, les vomissements et les régurgitations de liquides acides qui se montrent dans certaines dyspepsies, les vomissements de liquides urineux observés par Nysten [1] et par Hirsch [2], les sueurs axillaires urineuses observées par Meckel [3], les urines lactescentes contenant de l'albumine [4] ou une matière graisseuse analogue au beurre [5], etc., etc.

Comment s'apprécient les qualités insolites des produits sécrétés.

1558. Lorsque les altérations diacritiques des produits de sécrétion ne deviennent évidentes que par des phénomènes que les investigations chimiques font seules reconnaître, elles ne fournissent plus en réalité de symptômes morbides non-seulement à cause de la nécessité du mode d'investigation, qui n'est à la portée que d'un très petit nombre de médecins, et exige d'ailleurs des circonstances le plus souvent incompatibles avec la pratique habituelle de l'art, mais aussi à cause de l'incertitude des résultats de ces investigations. Mais il faut reconnaître que, dans la plupart des cas, les diacrises deviennent évidentes par des propriétés physiques des produits de sécrétion assez faciles à reconnaître. Ainsi la formation, dans ces produits

[1] *Recherches de physiologie et de chimie pathologiques*, p. 278.

[2] Kœhler, *Dissert de vomitu urinæ vesicalis*. p. 12.

[3] *Nova experimenta et observat. de finib. venarum ac vasorum lymphat. in duct. visceraque excretoria corp. hum.*, p. 67.

[4] Obs. de Blondeau, *Journ. de Chim. méd.*, t. VI. p. 41.

[5] Obs. de Bizzio, *Journ für chemie*, t. XL, p. 246.

de sédiments, de concrétions, qui ne s'y montrent pas dans l'état de santé, suffit toujours pour indiquer la réalité d'une modification de qualité, puisque ces phénomènes ne seraient pas possibles sans cette modification.

1559. Les qualités insolites que la diacrise donne au produit sécrété, ne peuvent être quelquefois appréciées que par la manière dont il agit sur les surfaces où il est déposé. Cette action immédiate se montre, dans quelques cas, directement par l'action topique nuisible que ce produit exerce sur la partie qui le reçoit; ainsi, dans certains épiphoras, le contact des larmes qui refluent sur les joues, y détermine une irritation qui montre que la diacrise lacrymale a imprimé aux larmes des qualités âcres; d'autres fois, c'est seulement par la sensation que provoque l'impression topique du produit de sécrétion altéré, que se décèlent ses qualités anomales; telle est la saveur amarescente occasionnée par la salive et le mucus buccal déposé sur la membrane bucco-linguale dans certaines diacrises. Dans tous ces cas, les qualités morbides du produit de sécrétion sont évidentes et constituent des symptômes de diacrise.

Des sécrétions multiples congénères et des phénomènes qui en résultent.

1560. Il n'est aucun appareil sécréteur qui ne mêle son produit à celui d'un ou de plusieurs autres organes de sécrétion. Il en résulte que tous les fluides provenant des sécrétions déposés dans les réservoirs participent toujours des sources multiples d'où ils proviennent. Cette condition, qui résulte de ce que plusieurs organes sécréteurs concourent à une même fonction, introduit de nombreuses différences dans les propriétés physiques et chimiques des produits sécrétés dans l'état pathologique, et même dans leur action topique sur les organes, parce que la maladie n'occasionne pas des changements semblables dans l'action de chacun des appareils sécréteurs qui mêlent leurs produits; on reconnaît néanmoins le plus souvent, dans ces produits, les caractères prédominants de ceux d'une sécrétion déterminée. Cette circonstance, jointe à la

nature des accidents éprouvés, indique suffisamment quelle est la sécrétion qui a été primitivement affectée, et dont l'altération constitue l'essence de la maladie.

Phénomènes immédiats de l'orgasme sécrétoire.

1561. Quand un organe affecté de diacrise est situé à l'extérieur, on remarque en lui tous les phénomènes qui s'y montrent pour l'exercice régulier de la fonction, seulement ces phénomènes sont plus prononcés que dans l'état physiologique; leur réunion constitue l'orgasme ou la turgescence sécrétoire que nous appelons alors diacritique.

Les phénomènes de la turgescence diacritique consistent dans un certain degré d'augmentation de volume de l'organe, une plus grande densité de son tissu, une plus grande susceptibilité au contact des excitants, qui rend très pénible le contact des topiques les moins stimulants, et va même jusqu'à rendre douloureuse l'action de quelques moyens explorateurs, comme de palper. Dans les diacrises intenses de quelques organes sécréteurs d'un certain volume, tels que les mamelles, les parotides, la tuméfaction est très prononcée; le malade éprouve dans l'organe une douleur comme pulsative et térébrante avec une chaleur vive; la peau de sa surface présente une injection vasculaire qui va jusqu'à lui donner une teinte rosée; les artères afférentes à l'organe ont des pulsations plus fortes, et les veines superficielles de ses téguments sont gonflées et plus apparentes que d'ordinaire.

Phénomènes médiats de l'orgasme sécrétoire dans les diacrises.

1562. Dans les diacrises qui affectent un organe sécréteur étendu, ou un grand nombre d'organes sécréteurs agglomérés, l'orgasme diacritique ne borne pas ses effets à la partie affectée; il se généralise en déterminant un état de malaise général avec un sentiment de courbature et d'accablement, de la céphalalgie sus-orbitaire et gravative, une ardeur universelle, de l'agitation, et très souvent des accidents fébriles qui ont dans quelques cas un assez haut degré d'intensité. Cette fièvre symptomatique se montre en général sous la forme de paroxysmes avec frisson ini-

tial, revenant tantôt d'une manière régulière, tantôt sans aucune régularité.

1563. La turgescence diacritique, lorsque la maladie affecte un organe sécréteur profond, ne se montre extérieurement que par les symptômes qu'elle occasionne loin de son siége, et surtout par les symptômes pyrétiques; cependant il est souvent possible de joindre à ces phénomènes ceux que l'exploration médiate fait reconnaître ou qui se produisent dans certaines circonstances qu'on peut faire naître. Ainsi le malade éprouve souvent, dans ces maladies, un sentiment de chaleur vers l'organe malade, ou une douleur obtuse spontanée, ou au moins provoquée par la pression médiate, par les ébranlements qui résultent de mouvements imprimés au malade ou de l'accomplissement de certains actes physiologiques.

Des phénomènes appréciables de la turgescence diacritique dans les diacrises des organes sécréteurs profonds.

1564. L'orgasme sécrétoire annoncé par tous les symptômes que nous venons d'indiquer, commence ordinairement avant la diacrise, ou au moins au moment où elle va s'établir; il est phénomène initial par rapport à l'altération de sécrétion; il n'a pas en général une longue durée, on le voit rarement excéder cinq à six jours; le plus souvent il se termine en deux ou trois jours. La turgescence diacritique commence toujours à diminuer par la cessation des symptômes généraux qu'elle a pu déterminer, cependant il n'est pas rare que la diminution, et même la cessation de ces accidents ne soit qu'une sorte d'intermission après laquelle tous les symptômes reviennent. La maladie persiste ainsi assez souvent durant plusieurs semaines avec des alternatives comme périodiques de retour et de cessation des phénomènes d'orgasme. Les diacrises abdominales sont celles pour lesquelles cette marche s'observe le plus fréquemment.

Rapports de la turgescence diacritique avec les autres phénomènes de la diacrise.

1565. Les diacrises durent ordinairement pendant une à deux semaines, mais le plus souvent trois ou quatre septenaires, même lorsque les symptômes d'orgasme ont di-

Marche des diacrises; rémittence de leurs accidents.

minué ou même cessé. Elles ne continuent pas avec une intensité constante; elles éprouvent de fréquentes exacerbations et diminutions qui reviennent d'ordinaire chaque jour (1562), et quelquefois aussi, mais plus rarement, à des intervalles plus éloignés. Ces exacerbations et rémissions se succèdent néanmoins toujours avec une assez grande régularité, suivant un type qui, d'après les observations de Brandis [1], est évident, même pour l'accomplissement des sécrétions normales : les flux diminuent pendant la nuit et augmentent vers le matin; ils sont à leur minimum vers minuit; ils augmentent au lever du soleil jusque vers midi, et diminuent ensuite progressivement jusqu'à minuit. Ces exacerbations et ces rémissions sont indépendantes des saisons et de celles qui résultent de l'influence des variations météorologiques et de la température atmosphérique. En général, les flux augmentent dans les saisons chaudes et dans les temps secs et chauds.

Des phénomènes de l'orgasme sécrétoire dans la forme chronique des diacrises.

1566. Les diacrises sont souvent des maladies très longues qui passent aisément à l'état chronique. A mesure qu'elles s'éloignent de leur invasion, les phénomènes d'orgasme deviennent moins intenses; ils finissent même par cesser, nonobstant la continuation de la maladie. Dans les diacrises passées à l'état chronique, l'organe sécréteur, malgré l'excès de quantité et les qualités anomales des produits qu'il fait naître, est, quant à sa vitalité apparente et à la circulation qui s'accomplit en lui, dans un état de flaccidité dans lequel il ne conserve guère de l'état d'orgasme qu'un certain degré de tuméfaction. Ce sont ces diacrises chroniques qu'on a désignées par l'épithète de passives.

Des phénomènes de la réaction pendant les diacrises.

1567. Lorsque tous les accidents d'une diacrise sont établis et continuent depuis un certain temps à l'état aigu ou même sous la forme chronique, on voit quelquefois se manifester des symptômes aigus, le plus ordinairement

[1] *Lehre von den Affecten des lebendigen Organismus*, p. 554

d'une assez grande intensité. Dès que ce changement subit dans la marche et dans les accidents morbides, qu'on a désigné sous le nom de réaction, se manifeste, l'activité morbide de l'organe sécréteur se suspend, et cependant les phénomènes de l'orgasme sécrétoire se développent toujours avec intensité, quelquefois avec violence. Si la maladie affecte un organe important, le malade est en même temps pris d'un état fébrile secondaire qui se décèle par la fréquence et la force insolite des battements du cœur, la chaleur à la peau, l'accélération de la respiration, un sentiment très prononcé de malaise, de courbature, etc. Cette nouvelle forme des accidents de la maladie persiste pendant deux ou trois jours, le plus ordinairement avec des exacerbations qui se reproduisent une ou deux fois par jour; elle se termine ensuite progressivement sans phénomènes nouveaux, mais plus souvent en présentant, comme phénomène secondaire, une diacrise d'un autre organe que celui qui est primitivement malade. La terminaison de ces accidents de réaction entraîne ordinairement la cessation de tous les accidents morbides dont ils ont été ainsi le mode de résolution critique.

Symptômes mixtes résultant de l'union des phénomènes qui proviennent de l'état morbide de l'organe sécréteur et de la présence des produits altérés.

1568. Les symptômes des diacrises qui se rattachent immédiatement à l'acte sécréteur pathologiquement modifié, se joignent presque toujours à des phénomènes produits par la présence du produit de la sécrétion altéré et en quantité insolite dans les réservoirs et sur les surfaces destinées à le recevoir. Ces phénomènes, qui consistent dans des douleurs ressenties dans les organes où se dépose le produit de la sécrétion altérée, dans des actes d'excrétion insolites et douloureux, ont, dans beaucoup de cas, une extrême intensité. La connexion de ces derniers phénomènes avec ceux qui résultent immédiatement de l'état anomal de l'acte sécréteur, constitue un état de maladie à symptômes mixtes, au milieu desquels il est quelquefois très difficile de séparer les phénomènes morbides quant à leur

cause immédiate. Cette forme de la maladie appartient plus spécialement aux diacrises qui versent leur produit sur des surfaces qui ont un haut degré d'irritabilité et qui s'accomplissent par des organes qui concourent à d'importantes fonctions; telles sont spécialement les diacrises gastro-intestinales dans lesquelles les phénomènes morbides proviennent en même temps de la turgescence sécrétoire d'organes très étendus, doués d'un haut degré de vitalité, qui versent leurs produits de sécrétion dans le tube digestif, et de l'impression nuisible de ces produits de sécrétion altérée dans la cavité du tube digestif, sur sa surface interne si étendue et si irritable.

Symptômes des diacrises consistant dans les fonctions troublées des excréteurs.

1569. L'augmentation du produit sécrété étant le résultat de toutes les diacrises, la surcharge des organes destinés à recevoir ce produit et à le transporter sur les parties où il doit être définitivement déposé exerce sur eux une stimulation douloureuse, rend leurs fonctions plus actives, plus rapides à s'accomplir et plus fréquemment renouvelées. C'est ainsi que les diacrises intestinales rendent à la fois plus fréquents, plus actifs, et s'accomplissant avec douleur, les actes excréteurs du tube intestinal.

Phénomènes morbides qui proviennent de l'action topique des produits altérés dans les diacrises.

1570. Les qualités anomales que la maladie fait acquérir aux produits sécrétés déterminent aussi la manifestation de phénomènes morbides dont le siége est dans les organes sur lesquels se déversent ces produits. Les douleurs tormineuses qui résultent de la présence des liquides mucosobilieux altérés dans le tube digestif, les accidents qui proviennent de la présence de calculs dans les voies hépatiques ou urinaires, sont des phénomènes de cette nature, etc.

Symptômes qui résultent du trouble des fonctions auxquelles la sécrétion concourt par ses produits.

1571. Les fonctions à l'accomplissement desquelles les sécrétions altérées concourent, se troublent par suite des qualités insolites des produits de ces sécrétions. Ce trouble se montre par les résultats anomaux de ces fonctions, et souvent aussi par la manifestation de douleurs liées à leur accomplissement. Les symptômes qui en résultent varient

sans doute quant à leur siége suivant les fonctions lésées, mais ils ont tous ce caractère commun qu'ils expriment une interruption, ou au moins un accomplissement imparfait de l'acte fonctionnel. C'est ainsi que les diacrises gastro-intestinales ont pour symptômes l'interruption ou au moins l'imperfection des fonctions digestives.

Origine des phénomènes morbides généraux dans les diacrises.

1572. L'organisme en entier est modifié, dans les diacrises, d'abord par l'influence que le trouble fonctionnel des organes immédiatement affectés par la maladie exerce sur lui, ensuite par la déperdition qui résulte, pour la masse du sang, comme source commune de toutes les sécrétions, de l'augmentation de quantité du produit sécrété, et enfin par les résultats de l'absorption des produits de sécrétion anomaux que la diacrise a fait naître.

Symptômes des diacrises qui sont proportionnés à l'importance de la lésion fonctionnelle.

1573. L'influence déterminée par une diacrise sur l'organisme est peu prononcée pour les diacrises qui ne compromettent que des appareils sécréteurs de petit volume et qui ne concourent qu'à des actes très secondaires; mais elle est très puissante pour les diacrises qui affectent de grands appareils sécréteurs riches en vaisseaux, ou qui appartiennent à des parties douées d'une vive irritabilité. Les symptômes par lesquels se décèle cette influence sont en général, au début, des diacrises, et lorsqu'elles ont une assez grande intensité, un état fébrile prononcé (1562), qu'accompagne et que suit toujours une grande débilité générale. Cette adynamie se montre surtout par la faiblesse des battements artériels et par la lenteur et la débilité des contractions musculaires, qui deviennent même douloureuses dans l'accomplissement des actes de la locomotion.

Forme des symptômes des diacrises qui résultent des déperditions de liquides.

1574. Les déperditions de liquides sécrétés en quantité excessive, par suite de l'état morbide, ajoutent encore à la faiblesse générale immédiatement produite par la lenteur, l'imperfection et quelquefois même la suspension des fonctions, à l'accomplissement desquelles concourt le produit de la sécrétion actuellement altérée. Dans les dia-

crises qui provoquent ces déperditions avec rapidité et en grande abondance, les symptômes adynamiques arrivent immédiatement; ils ne consistent pas seulement dans la grande faiblesse des actes de la vie de relation, ils expriment aussi une extrême débilité des fonctions des organes de la vie intérieure : ainsi la chaleur générale diminue, le pouls se déprime de plus en plus, les vaisseaux capillaires de la peau et des membranes muqueuses extérieures se vident et pâlissent, les veines sous-cutanées s'affaissent au point de cesser d'être apparentes; l'amaigrissement se prononce rapidement, etc.

Mesure des effets de l'influence des diacrises qui résultent des déperditions de liquides.

1575. L'influence débilitante exercée par les diacrises, en raison de la déperdition des liquides qu'elles occasionnent, varie suivant l'importance de la sécrétion quant à son étendue et surtout quant à la nature des fluides qu'elle soustrait à l'organisme. Les sécrétions destinées à préparer un liquide purement excrémentitiel, comme la sécrétion urinaire par exemple, peuvent devenir fort abondantes et persister pendant un temps assez long sans qu'il en résulte une très grande débilité; tandis qu'une diacrise qui rendra exagérées ou trop fréquentes les déperditions de fluides destinés à concourir, après leur excrétion, à des actes organiques, comme les sucs gastro-intestinaux par exemple, occasionne très rapidement une extrême faiblesse.

Des symptômes de colliquation comme effet des diacrises chroniques.

1576. La durée prolongée des déperditions diacritiques équivaut, pour l'influence débilitante qu'elle occasionne, à une déperdition rapide très considérable; toutefois elle a des symptômes à quelques égards différents. Les mouvements du cœur annoncés par le pouls deviennent très fréquents, et, pendant que les vaisseaux capillaires pâlissent, que les veines s'affaissent, que les téguments se décolorent, les tissus perdent de leur densité et de leur rénitence, le tissu cellulaire s'infiltre, et les parties extérieures, gonflées par suite de cette infiltration, sont dépressibles, et conservent l'empreinte des pressions qu'on exerce à leur surface.

La chaleur se perd rapidement au contact de l'air et des corps environnants, et cependant quelques parties du corps, comme les extrémités dans lesquelles la circulation se fait nécessairement avec moins d'activité, deviennent par instant brûlantes au toucher. L'état que constitue l'ensemble de ces symptômes est la colliquation; pendant qu'elle s'établit et fait des progrès sous l'influence de la diacrise prolongée, plusieurs des principaux organes sécréteurs s'affectent et versent en excès des produits moins élaborés et en quantité beaucoup plus grande que dans l'état normal. Ainsi se multiplient, en quelque sorte, les diacrises chroniques dans l'organisme, par suite et comme symptômes d'une première affection diacritique prolongée.

Comment il faut concevoir les maladies diacritiques par la réunion de leurs symptômes.

1577. Les symptômes des diacrises dont nous venons d'indiquer les modifications aux différentes périodes et selon les divers modes de ces maladies, doivent être considérés, pour chaque espèce de diacrise, dans leur ensemble, dans leur ordre de succession et dans leurs rapports réciproques; car, dans le cours de la maladie, les phénomènes morbides initiaux se modifient, d'autres naissent et se développent, et plusieurs ne surviennent qu'au déclin et à la terminaison de la maladie. C'est la réunion et la succession de ces symptômes, dans des rapports déterminés et suivant un ordre régulier conformes aux conditions qui résultent de la nature et du siége de la lésion de sécrétion, qui constitue la maladie, et qui donne le caractère de maladie spéciale à chacune des diacrises de chaque organe ou appareil sécréteur.

Résumé des symptômes des diacrises.

1578. Il n'est pas possible de présenter un tableau général de tous les symptômes suivant leur succession et leur dépendance réciproque qui s'applique au plus grand nombre des diacrises; les phénomènes du trouble fonctionnel sont les symptômes les plus saillants de ces maladies : on ne peut les généraliser, car ils varient selon le siége de la maladie. Il est cependant facile de concevoir

tous les phénomènes qui se rapportent au plus grand nombre des diacrises, en isolant les uns des autres, par l'analyse, tous les symptômes qui se montrent dans ces maladies. Ces symptômes peuvent être divisés en six ordres : 1° symptômes locaux diacritiques proprement dits, se rapportant immédiatement à l'organe sécréteur : ce sont les phénomènes de turgescence ou d'orgasme sécrétoire ; ces phénomènes indiquent un certain degré d'hyperstimulation ou d'activité vitale insolite dans l'organe affecté. 2° Symptômes locaux qui se rapportent par leur siége aux canaux vecteurs et aux réservoirs du produit sécrété : ce sont les phénomènes de surcharge des organes qui reçoivent le produit de la sécrétion ; ces symptômes sont encore des symptômes d'hyperstimulation par une trop grande quantité ou par suite des qualités irritantes du produit sécrété. 3° Symptômes du trouble fonctionnel des organes excréteurs : ce sont les phénomènes d'excrétions exagérées ou anomales d'une quantité insolite de produits de sécrétion ; ces symptômes consistent dans un excès d'activité des organes excréteurs dont les actes sont douloureux ou au moins pénibles, parce qu'ils sont rendus plus fréquents que dans l'état normal, et qu'ils sont plus vivement sollicités par l'impression stimulante des produits de sécrétion, augmentés en quantité et viciés dans leurs qualités. 4° Symptômes de trouble fonctionnel ou médiats : ce sont les phénomènes qui dépendent de l'imperfection des fonctions à l'accomplissement desquelles sert le produit sécrété altéré par l'état morbide ; ces symptômes sont des phénomènes de dépression des forces, comme sont tous ceux qui résultent immédiatement de l'insuffisance ou même de la suspension d'une fonction. 5° Symptômes de colliquation : ce sont les phénomènes de déperdition des forces, d'imperfection de la totalité ou d'une plus ou moins grande partie des fonctions organiques par suite des déperditions diacritiques ; ces symptômes réunissent des phénomènes de souffrances variées, surtout

des phénomènes nerveux; ils vont directement à l'extinction de la vie. 6° Symptômes de réaction : ce sont les phénomènes qui surviennent spontanément dans tout l'organisme par suite de l'influence débilitante des déperditions diacritiques rapides ou prolongées; ces phénomènes, qui décèlent un état général de surexcitation active de toutes les fonctions organiques, ont pour résultat d'arrêter les progrès de la diacrise et de rétablir plus ou moins promptement l'équilibre des fonctions; on les voit presque toujours se produire plus ou moins énergiquement pour arrêter l'effet immédiat des causes déprimantes.

Appréciation de l'intensité des diacrises par leurs phénomènes.

1579. L'intensité des diacrises s'apprécie par l'intensité des symptômes d'orgasme sécrétoire, par l'abondance des produits de la sécrétion modifiée, par l'importance de la fonction lésée par suite de la diacrise, et enfin par l'intensité et les suites immédiates des phénomènes de réaction.

Au plus léger degré d'une diacrise la sécrétion de l'organe affecté est à peine augmentée, et des symptômes peu prononcés indiquent si difficilement la présence de l'état morbide, qu'il faut apporter quelque attention pour la reconnaître; au plus haut degré d'intensité, la sécrétion exagérée par son abondance déprime rapidement les forces, compromet toutes les grandes fonctions organiques, et finit par faire périr le malade par épuisement. Elle ne peut guérir que par un développement d'une activité insolite des phénomènes de la sécrétion, qui ont pour résultat de provoquer un état d'hyperstimulation fébrile intense, qui substitue évidemment un état inflammatoire à la dépression des forces incessamment croissante qui occasionnait le danger immédiat du malade.

Lorsqu'une diacrise intéresse un organe sécréteur dont les produits servent à l'accomplissement d'une fonction importante, les symptômes dominants sont en rapport avec ce mode de lésion (1575), et donnent par leur intensité la mesure de la gravité de la diacrise. Dans les cas les plus

graves, les symptômes indiquent que la fonction est tout-à fait suspendue à cause de la diacrise ; alors les symptômes directs de la sécrétion anomale peuvent être très légers et les phénomènes de la turgescence diacritique et de la réaction peu intenses; toute la gravité quelquefois très grande de la maladie est exprimée par les symptômes du trouble fonctionnel.

Dans le plus grand nombre des diacrises, les symptômes directement occasionnés par les phénomènes immédiats de la turgescence sécrétoire prédominent. Au plus léger degré ces symptômes sont ceux d'une souffrance directe de l'organe dont la sécrétion est altérée, joints à un état général de malaise toujours prononcé et s'aggravant comme par paroxysmes; au plus haut degré, ces symptômes ont toute l'intensité d'une réaction pyrétique avec des exacerbations quelquefois intenses, comme celle qui se joint à de graves phlegmasies. Cependant ces symptômes de réaction générale ont toujours la forme paroxystique dominante, à un degré qui ne s'observe dans aucun autre état général symptomatique de maladie locale quelconque.

Terminaisons et suites des diacrises.

1580. Les diacrises aiguës peuvent avoir une intensité telle, et marcher avec une si grande rapidité, qu'elles occasionnent la mort en peu d'heures, sans l'intermédiaire d'aucun autre état morbide que la soustraction de liquide qu'elles opèrent. Toutes les fonctions organiques se dépriment, deviennent incomplètes sous l'influence des déperditions de fluides et enfin se suspendent Le choléra-morbus épidémique nous a offert de trop nombreux exemples de cette marche funeste des diacrises.

Dans les cas moins fâcheux, et qui sont aussi les plus ordinaires, les diacrises se terminent par la guérison. Ce résultat heureux est préparé par la suspension des symptômes de déperdition de fluides et par le développement à un haut degré des phénomènes de réaction ; mais dans ces cas encore les diacrises laissent toujours les malades dans

une débilité extrême qui rend les convalescences très longues.

L'état valétudinaire qui persiste souvent pendant longtemps à la suite de ces maladies est encore aggravé par la difficulté avec laquelle les fonctions aux organes desquelles appartiennent les sécréteurs qui ont été le siége de la maladie, reviennent à leur état normal. La turgescence diacritique reste toujours à un certain degré, dans ces organes, pendant un temps assez long après que la diacrise est terminée; elle les entretient dans une irritabilité extrême qui fait qu'ils sont offensés par l'action de causes à l'influence desquelles ils se montraient habituellement insensibles.

Des phlegmasies qui succèdent aux diacrises.

1581. Les diacrises se terminent assez fréquemment et plus souvent encore se compliquent pendant leur durée par la conversion en un état de phlegmasie de l'organe sécréteur, ou au moins des couloirs ou réservoirs de cet organe. Lorsque cet accident se prépare, les symptômes de réaction deviennent dominants, et les phénomènes de turgescence de l'organe affecté sont plus prononcés; la sécrétion, augmentée et modifiée par le fait de l'existence de la diacrise, diminue de quantité ou même se suspend tout à fait, et tous les phénomènes morbides prennent soit progressivement, soit instantanément, les caractères de symptômes de la phlegmasie de l'organe affecté.

Du passage des diacrises à l'état chronique.

1582. Les diacrises aiguës passent facilement à l'état chronique, et, une fois à cet état, elles y persistent ordinairement pendant un temps très long. Quand elles n'occupent que des organes d'une importance secondaire, elles peuvent continuer pendant une partie de la vie sans entraîner de graves accidents; elles deviennent même quelquefois un état habituel de l'économie, une sorte de fonction supplémentaire qui entre dans l'équilibre général de l'organisme et ne peut plus ensuite être intervertie sans inconvénient, ou au moins ne peut l'être qu'après des précautions; telles sont les diarrhées, les sueurs locales, les leucorrhées

habituelles, etc. Si les diacrises chroniques compromettent des organes sécréteurs qui servent à l'accomplissement de grandes et importantes fonctions, elles apportent dans l'organisme un trouble grave dont les effets vont en augmentant chaque jour, et dont la mort du malade est souvent le résultat.

Des diacrises épidémiques, de leur influence sur les autres maladies.

1583. Les diacrises sont souvent épidémiques : dans ces cas elles ont un siége et une forme identiques chez la plupart de ceux qu'elles affectent; on les observe même avec ces formes spéciales comme compliquant la plupart des autres maladies régnantes, auxquelles elles impriment ainsi comme l'empreinte de l'influence épidémique. C'est surtout dans ces circonstances que l'on peut observer les maladies diacritiques à tous les degrés d'intensité, depuis celui qui ne constitue guère qu'une légère exagération de l'état physiologique, jusqu'à celui dans lequel l'orgasme diacritique est extrême et influe sur tout l'organisme presque à l'égal d'une phlegmasie, par son intensité, par l'étendue de l'organe affecté, et en raison de l'importance de la fonction lésée.

Des altérations des organes qui se rapportent à la nature de la maladie et aux qualités de ses produits.

1584. La terminaison des diacrises, pourvu qu'elles soient indépendantes de tout état morbide des organes sécréteurs qu'elles affectent, autre que celui qui consiste dans les modifications passagères de la circulation dans les capillaires qui se lient à leur action exagérée, c'est-à-dire pourvu qu'elles soient idiopathiques, ne laisse pas subsister d'altération de texture dans les organes qu'elles ont compromis. Aussi le retour à l'état normal de ces organes est-il toujours possible par la cessation de la maladie, quelque ancienne et quelque grave qu'elle soit. Mais les produits diacritiques subissent ou occasionnent, dans les couloirs qu'ils parcourent et dans les réservoirs qui les reçoivent, des lésions qui persistent souvent après les diacrises. Ces altérations occasionnent par elles-mêmes, dès avant que la diacrise soit terminée, et par conséquent aussi après

qu'elle a cessé, des accidents qui constituent les phénomènes les plus prononcés et quelquefois même les seuls évidents de la maladie. Les diacrises qui existent avec ces conditions ont des symptômes spéciaux qui consistent principalement dans le trouble des fonctions à l'accomplissement desquelles servait le produit de la sécrétion altéré, et dans des phénomènes de souffrance par contact immédiat des parties sur lesquelles se versent et dans lesquelles s'accumulent les produits de sécrétion.

CHAPITRE III.

Des altérations des organes qui se rapportent à la présence des diacrises.

Des altérations qui dépendent directement des produits de la sécrétion modifiée.

1585. La première et la plus simple des lésions que l'on rencontre sur les cadavres de ceux qui périssent pendant qu'ils sont affectés de diacrises, consiste dans la présence des produits de la sécrétion altérée dans les couloirs qu'ils parcourent ou dans les réservoirs destinés à les recueillir. Ces produits de sécrétion sont accumulés en quantité plus considérable que dans l'état ordinaire, au point de déterminer la distension des réservoirs où ils sont déposés; le plus souvent ils ont des propriétés physiques anomales, qui montrent qu'ils sont modifiés dans leur composition, et par conséquent que l'organe sécréteur a été altéré dans sa fonction de manière à ce que les qualités de ses produits soient modifiées.

1586. Les altérations des produits sécrétés dans les diacrises se rapportent à deux formes principales : tantôt le produit de la sécrétion est devenu plus fluide, moins visqueux, moins coloré; en un mot, il semble avoir augmenté de quantité en se convertissant en un liquide plus aqueux et moins animalisé que dans l'état sain; tantôt, au contraire, ce produit offre à un plus haut degré la cou-

leur particulière, la densité, la viscosité, qui le distinguent spécialement. Le plus ordinairement, dans ces cas, ce fluide, quoique plus abondant que dans l'état sain, ne se trouve point en quantité aussi considérable que lorsqu'il présente les qualités anomales opposées.

1587. Les produits de sécrétion qui ont, à un plus haut degré que dans l'état sain, les qualités extérieures qui les différencient, sont ceux dans lesquels se forment les concrétions anomales résultat de la présence en excès de certains des éléments concrescibles de ces produits. La présence de ces concrétions, dans les réservoirs où se déposent les produits des sécrétions, témoigne de la modification antécédente de la sécrétion, parce qu'elle ne laisse pas de doute sur les changements survenus dans les qualités de ses produits.

De la disparition des altérations diacritiques dans les organes sécréteurs après la mort.

1588. Les sécréteurs qui ont été le siége d'une diacrise ne conservent pas sur les cadavres, dans le plus grand nombre des cas, toutes les traces de l'état insolite dont ils étaient le siége pendant la vie. Souvent même ces organes après la mort ne semblent pas avoir été dans un état pathologique au moment de la cessation de la vie. Il est cependant certain que les diacrises occasionnent dans les organes profonds les mêmes altérations que l'on constate pendant la vie quand ces maladies affectent des organes extérieurs; on le reconnaît bien lorsque l'on trouve après des diacrises intenses les organes sécréteurs internes qui en ont été le siége, conservant encore à un certain degré sur les cadavres le volume insolite et l'état de congestion sanguine que présentent pendant la vie les organes sécréteurs extérieurs qui sont le siége d'une diacrise; l'on ne peut douter que ces modifications des organes sécréteurs internes n'aient cessé plus ou moins complètement au moment de la mort, lorsqu'on peut constater que ces mêmes modifications diacritiques s'évanouissent en partie, et quelquefois complètement, dans ces mêmes organes extérieurs par le fait de

la cessation de la vie, et que cette disparition est d'autant plus complète que plus de temps s'est écoulé depuis la mort.

Altérations inhérentes à l'organe sécréteur lui-même.

1589. Lorsque les traces de l'altération morbide diacritique sont les plus marquées sur les cadavres, l'organe sécréteur est augmenté de volume dans tous les sens, le plus souvent sans changement de densité, ni de texture dans son tissu; son appareil vasculaire est pénétré de sang, et plus développé que dans l'état ordinaire; ses canaux d'excrétion sont gorgés du produit de la sécrétion et leurs parois sont dans un état évident d'injection par le grand nombre de vaisseaux capillaires qui se ramifient en tous sens à leur surface. L'injection vasculaire des sécréteurs qui ont été le siége d'une diacrise est quelquefois si prononcée, qu'elle s'étend au-delà de leurs limites dans les rameaux et ramuscules artériels et veineux qui sont à leur périphérie, ou qui ont avec eux des rapports par des anastomoses ou par une origine commune.

1590. L'injection vasculaire est la lésion morbide diacritique qui disparaît avec le plus de facilité et le plus complétement sur les cadavres. Lorsqu'on l'a vue, étant très prononcée pendant la vie sur les surfaces et jusqu'à une certaine distance autour des organes sécréteurs qui sont le siége d'une diacrise, ou même seulement d'une activité sécrétoire exagérée qui ne va pas jusqu'à l'état morbide, on peut reconnaître ensuite qu'elle diminue évidemment par le fait de la mort, que souvent même elle s'efface complètement. On en acquiert la preuve en disséquant les glandes mammaires des femmes qui meurent étant nourrices, et chez lesquelles la sécrétion laiteuse ne s'est interrompue qu'à la fin de la vie. Cette disparition se conçoit aisément quand on réfléchit que la tuméfaction, la rénitence augmentée, et la rougeur des organes sécréteurs à l'état de diacrise, proviennent d'une injection vasculaire anomale qui doit cesser avec la vie; la mort étant toujours suivie de l'affaissement et de l'inanition de tout l'appareil vasculaire.

Quand un organe sécréteur a un certain volume et une structure vasculaire très prononcée, comme le foie, par exemple, la mort fait bien cesser la rougeur et la congestion des capillaires de l'organe qui caractérisent la turgescence diacritique pendant la vie, mais l'on trouve encore sur le cadavre de ces traces de l'état morbide par l'état de réplétion où sont les principales branches artérielles et veineuses, d'où proviennent les capillaires propres de l'organe. On reconnaît ainsi qu'évidemment il existait avant la mort une surabondance anomale de sang dans l'appareil vasculaire de cet organe, dans les couloirs duquel on reconnaît d'ailleurs très facilement en même temps une véritable surabondance du produit sécrété.

Altérations qui se trouvent dans les réservoirs des produits des sécrétions.

1591. Les organes qui reçoivent les produits des sécrétions altérées offrent quelquefois sur les cadavres les traces des désordres mécaniques que la présence même de ces produits y a occasionnés; ils sont distendus dans leur cavité, dans laquelle le fluide sécrété reste accumulé. Ce mode d'altération se voit après les diacrises qui, par la nature des produits qu'elles font naître, apportent des obstacles à la liberté des excrétions. C'est ainsi que les uretères obstrués par des calculs urinaires, dont la modification diacritique des urines a déterminé la formation, se trouvent quelquefois distendues par l'urine au point de présenter des renflements d'un diamètre quatre à cinq fois plus considérable que leur diamètre normal.

1592. Une autre lésion qui se rencontre encore dans les réservoirs qui reçoivent les produits altérés des sécrétions est celle qui résulte de l'action exercée sur les tissus de ces réservoirs par l'action du liquide qui y est déposé. Cette action peut être chimique et s'être produite après la mort ou au moment de la mort; telle est la dissolution gélatineuse des organes digestifs dans certaines dyspepsies; elle peut aussi avoir précédé la mort, et dans ces cas elle est constituée par les désordres que laisse une phlegmasie déterminée par

le contact d'un corps irritant solide ou liquide. Cette dernière lésion est constante après le contact continu de concrétions qui se forment dans des produits de sécrétion altérés; elle se voit dans tous les cas où ce contact a été prolongé. Quant aux cas où les propriétés irritantes des produits sécrétés à l'état liquide paraissent avoir déterminé cette phlegmasie, ils sont encore le sujet de controverses qui divisent les médecins; nous pensons cependant que la réalité de cet effet indirect des diacrises finira par être admise généralement : les cas où des phlegmasies se produisent pendant la vie à l'extérieur sous la seule action topique des produits sécrétés, altérés dans leur composition, comme par exemple quand la peau des paupières se tuméfie et s'enflamme au contact des larmes devenues irritantes et âcres dans certains épiphoras, ne permettent guère de conserver des doutes sur un même effet occasionné par la même cause dans les organes profonds.

De l'état d'atrophie des organes après les diacrises.

1393. Lorsque la mort est le terme de l'épuisement des malades survenu sous l'influence d'une diacrise, surtout quand cette maladie a été chronique, on trouve toutes les parties du corps plus ou moins atrophiées, et les vaisseaux presque tous vides et revenus sur eux-mêmes au point d'offrir une grande diminution de capacité appréciable par une diminution manifeste de leur diamètre normal. Les tuniques vasculaires et celles qui ferment les parois des organes membraneux sont dans ces cas le plus ordinairement amincies et cette dernière lésion est surtout très prononcée dans les parois du tube intestinal qui sont en même temps devenues demi-diaphanes.

L'atrophie générale se remarque surtout après les diacrises chroniques qui ont dû leur gravité plutôt à leur prolongation qu'à leur abondance; l'atrophie est toujours plus prononcée dans les parties contiguës à l'organe qui a été le siége spécial de la diacrise que dans cet organe lui-même. C'est ainsi qu'après les diarrhées chroniques le tube digestif

est diaphane et extrêmement aminci par l'atrophie extrême de sa couche musculaire.

L'atrophie du tissu des organes sécréteurs affectés de diacrise est caractérisée par une diminution de densité du tissu de l'organe, qui n'exclut pas un certain degré d'injection vasculaire et forme un contraste prononcé avec une évidente augmentation de volume que cet organe présente le plus souvent dans ces cas (1589). C'est ainsi qu'on voit les reins tuméfiés après le diabétès présenter un tissu pâle, mou, raréfié, au point de paraître comme aréolaire et filamenteux, au milieu duquel se trouvent cependant encore beaucoup de vaisseaux injectés.

CHAPITRE IV.

Étiologie des diacrises en général.

Motifs pour lesquels la plupart des causes des diacrises sont particulières à chacune de ces maladies.

1594. Les causes des diacrises sont nécessairement différentes pour chacune de ces maladies, à cause du mode spécial de vitalité de chaque organe sécréteur et de l'action directe que la plupart des agents pathogéniques exercent particulièrement sur des organes sécréteurs déterminés; toutefois il est quelques observations générales applicables aux causes productrices de la plupart de ces maladies.

Influence des stimulations exercées sur les organes qui reçoivent le produit d'une sécrétion considérée comme cause de diacrise.

1595. Toutes les stimulations directes ou indirectes exercées sur les organes qui doivent physiologiquement recevoir le produit d'une sécrétion, ont pour résultat d'imprimer à cette sécrétion une activité insolite; il suffit que la stimulation agisse pendant un temps trop prolongé, ou avec une intensité trop grande, pour qu'il en résulte une diacrise affectant l'organe chargé de cette sécrétion. C'est ainsi qu'on provoque le ptyalisme en irritant la muqueuse buccale, le flux bilieux en stimulant la muqueuse intestinale; c'est ainsi que la titillation trop souvent répétée des organes génitaux dans l'acte de la masturbation finit par dé-

terminer des diacrises séminales pour les hommes, et muqueuses ou muco-séreuses pour les femmes.

1596. Les agents stimulants appliqués sur les surfaces destinées à recevoir les produits des sécrétions, provoquent avec d'autant plus d'efficacité l'action des sécréteurs, et par conséquent l'exagèrent d'autant plus facilement jusqu'au degré nécessaire pour constituer une diacrise, que leur nature et leur mode d'application sont plus conformes aux conditions de l'état physiologique; ainsi l'on provoque plus aisément un épiphora en dirigeant sur la conjonctive une lumière trop vive qu'un topique irritant; l'on voit plus souvent les flux bilieux et les diarrhées séreuses provoquées par des substances alimentaires de mauvaise qualité que par l'ingestion de boissons irritantes. Les frictions stimulantes sur la peau ont beaucoup moins d'efficacité pour produire la diaphorèse que le contact d'un air chaud, chargé de molécules stimulantes, qui par sa nature et son action topique agit de la même manière, mais avec plus d'activité que l'air atmophérique qui provoque par son contact, enlève par sa mobilité et dissout par ses affinités et sa température la vapeur séreuse exhalée sur la surface tégumentaire.

Les stimulants provoquent d'autant plus facilement les diacrises que leur nature se rapproche davantage de celle des excitants physiologiques des sécréteurs.

1597. Les variations de l'irritabilité des organes dans les limites physiologiques font varier l'influence des stimulants appliqués à leurs surfaces pour provoquer l'action des sécréteurs qui y versent leurs produits. La susceptibilité exagérée au contact des stimulants dans les parties sur lesquelles se déposent des produits sécrétés devient ainsi une cause prédisposante des diacrises.

Causes des diacrises déduites des variations de l'irritabilité des organes.

Cette susceptibilité anomale peut dépendre d'idiosyncrasies par suite desquelles les effets du contact de certains excitants sur les organes où se déversent les produits sécrétés sont pervertis et exagérés jusqu'à l'état morbide. C'est ainsi que des personnes sont prises de flux bilieux ou de diarrhée séreuse dès qu'elles ingèrent dans les organes

digestifs tels aliments ou telles boissons qui n'ont point cet effet chez la plupart des hommes. Dans ces cas, la susceptibilité des organes se montre comme état habituel et constitue une prédisposition continue aux diacrises. Le même effet se produit comme état anomal passager dans des circonstances qui se rattachent soit à l'influence des causes extérieures qui portent leur action sur le système nerveux, tels que des ébranlements moraux, soit à l'influence de causes irritantes qui ont porté leur action à un certain degré sur l'organe sécréteur, de manière à l'amener à un état d'irritabilité insolite.

Conditions physiologiques qui deviennent des causes de diacrises en modifiant la susceptibilité des organes.

1598. La susceptibilité des organes au contact des excitants varie par certaines conditions physiologiques qui deviennent ainsi des causes plus ou moins immédiates de diacrises. C'est ainsi qu'on voit des femmes chez lesquelles l'ingestion de certaines substances alimentaires aux époques menstruelles (1102) produit constamment des phénomènes diacritiques de l'estomac, des intestins, du foie, qu'elle ne produit pas dans les intervalles de ces époques. Les mêmes conditions proégumènes aux diacrises peuvent se manifester sous différentes formes et par des organes différents aux époques de la dentition, ou par suite de l'état de grossesse, ou pendant la lactation, etc.

De l'éréthisme considéré comme cause de diacrises.

1599. La plus remarquable peut être des conditions physiologiques qui prédisposent aux diacrises est celle qui résulte d'un repos trop prolongé des organes sur lesquels l'action des stimulants extérieurs se dirige. Cette condition physiologique se retrouve pour l'interprétation de l'influence de presque tous les agents extérieurs dans la production de la plupart des maladies, mais elle est plus marquée dans la pathogénie des diacrises que dans celle de toute autre affection morbide. Il suffit que l'organe sur lequel l'action d'excitants déterminés a pour résultat de provoquer une augmentation d'activité d'une sécrétion, soit maintenu pendant un certain temps dans l'inaction par la

suspension absolue de l'influence habituelle des excitants appropriés à sa sensibilité, ou seulement par la diminution de l'activité stimulante de ces excitants, pour que la susceptibilité de cet organe augmente au point que l'influence des stimulants même de l'activité la plus modérée devienne apte à produire une diacrise. Cet état spécial des organes qui n'est autre que l'éréthisme, est celui dans lequel les diacrises se produisent si facilement, dans une multitude de circonstances, sous l'influence des stimulants les moins énergiques; on le trouve dans les épiphoras que provoque l'influence d'une lumière d'une intensité modérée sur l'œil, quand on a tenu cet organe pendant un certain temps dans l'obscurité, ou seulement exposé à l'action d'une lumière très faible. Cet état est aussi évident lorsque les voies digestives, habituées à l'ingestion d'aliments très peu stimulants ou en trop petite quantité, deviennent le siége de diacrises prononcées, muqueuses, hépatiques, dès qu'une quantité même modérée d'aliments excitants est portée dans le tube intestinal. C'est de cette cause que provient la prédisposition aux diverses maladies diacritiques qui se remarque dans la convalescence et à la fin des maladies graves.

Effets de l'éréthisme sur l'action de certains agents thérapeutiques.

1600. L'éréthisme des organes sur lesquels est dirigée l'action des stimulants qui mettent en jeu les sécrétions et qui peuvent les porter jusqu'au degré de diacrise, rend compte de l'action exagérée que les médicaments qui provoquent des diacrises, tels que les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques déterminent dans beaucoup de circonstances. Ainsi l'habitude des excitants émousse la susceptibilité à en ressentir les effets, et annulle ainsi la puissance des causes de ces maladies, et par contre l'habitude de la privation des excitants ou de l'action de stimulants trop faibles exagère cette susceptibilité. C'est ainsi que les causes extérieures qui agissent sur l'irritabilité des organes sécréteurs n'ont, en réalité, du moins jusqu'à un certain degré, qu'une action relative.

Influence des maladies des organes qui reçoivent les produits sécrétés sur la production des diacrises.

1601. La connexion physiologique qui existe entre les parties sur lesquelles arrivent naturellement les produits de sécrétion et les organes sécréteurs, en vertu de laquelle toutes les stimulations portées sur celles-là réagissent sur ceux-ci, se retrouve encore plus prononcée dans l'influence exercée sur les sécréteurs par les maladies des organes sur lesquels, ou pour les fonctions desquels s'opère la sécrétion. Il suffit que la maladie soit de nature à augmenter l'irritabilité de ces organes, ou à rendre en eux la circulation plus active pour que la sécrétion prenne un caractère d'exagération anomale qui constitue la diacrise. C'est de cette manière que ces maladies deviennent des causes de diacrises; c'est ainsi que les phlegmasies de la conjonctive occasionnent le larmoiement, que la phlogose de la muqueuse buccale produit le ptyalisme, que le catarrhe du duodénum est suivi du flux bilieux, etc.

Causes qui produisent les diacrises en agissant sur les organes sécréteurs

1602. Après les causes de diacrises qui agissent sur les sécrétions par les organes sur lesquels sont versés leurs produits, se trouvent celles qui agissent sur les organes sécréteurs eux-mêmes. Ces causes peuvent être externes ou internes. Les premières résultent de l'influence de tous les agents qui peuvent donner de l'activité à la circulation dans l'organe sécréteur. Ainsi les stimulations directes, telles que les frictions, le massage, les ébranlements mécaniques de cause externe réitérés, ceux qui résultent de l'action des muscles et des mouvements des parties où siége l'organe sécréteur; tous ces agents donnent de l'activité à la sécrétion et peuvent déterminer ou au moins favoriser puissamment la production des diacrises. Les causes internes par lesquelles l'action des organes sécréteurs est augmentée, et qui peuvent porter leurs effets jusqu'à produire une véritable diacrise, consistent dans la présence dans les secondes voies de substances qui ont une action stimulante directe sur ces organes : telle est nécessairement l'action des agents thérapeutiques qui augmentent

spécialement l'activité de tels ou tels organes sécréteurs jusqu'au point de les rendre le siége de diacrise.

1603. L'influence exercée sur l'accomplissement des sécrétions par l'activité de la circulation dans les sécréteurs se fait bien voir lorsqu'on établit par des moyens de l'art des conditions propres à rendre cette circulation plus active; c'est ainsi qu'agissent les applications de ventouses, les topiques stimulants sur les organes sécréteurs, quand ils augmentent l'activité de leurs fonctions.

De la circulation qui se fait dans les organes sécréteurs considérée comme cause de diacrise.

Comme tous les organes, mais plus que la plupart des organes, à cause de la grande quantité de vaisseaux qu'ils reçoivent, les sécréteurs sont sous l'influence de la circulation. Dès que leur activité augmente la circulation capillaire devient plus énergique dans leur épaisseur. Toutes les sécrétions s'accomplissent avec énergie chez les sujets doués d'une activité prépondérante de l'appareil circulatoire, tandis qu'elles sont languissantes et ne produisent que des résultats imparfaits chez ceux qui sont décolorés et oligaimiques. Ces rapports physiologiques entre l'état de la circulation et l'accomplissement des sécrétions se retrouvent dans l'étiologie des diacrises. La turgescence sécrétoire qui coïncide avec l'existence de ces maladies exprime l'état d'activité augmentée de l'appareil vasculaire propre à l'organe sécréteur, et l'activité portée jusqu'à l'état morbide des fonctions des organes sécréteurs qui deviennent le siége d'une hyperaimie même inflammatoire, montre l'influence directe de la circulation sur la production des diacrises.

1604. Toutes les causes qui ont pour résultat d'augmenter la quantité du sang ou la quantité de principes absorbés et portés dans le torrent circulatoire dont les sécrétions seules peuvent être les émonctoires, augmentent l'activité des organes sécréteurs, et peuvent déterminer un état de diacrise plus ou moins intense et prolongé. Ainsi Sanctorius a constaté que la diaphorèse augmente et s'accomplit

Causes qui occasionnent des diacrises par pléthore.

avec la plus grande activité au moment où le chyle arrive dans les secondes voies et rend la circulation plus rapide et plus énergique; il a reconnu aussi la plus grande activité de cette fonction chez les sujets pléthoriques. C'est aussi en augmentant la masse du sang et la quantité de ses parties aqueuses qu'agissent les boissons prises en grande quantité et dont l'ingestion est suivie d'une diaphorèse ou d'une sécrétion d'urines très abondantes. Les choses se passent dans ces cas de la même manière que lorsqu'on pratique les transfusions de sang ou de liquide aqueux dans l'appareil vasculaire; dans tous ces cas on voit survenir des diacrises cutanées, pulmonaires, rénales, hépatiques, etc.[1].

Limites de l'influence de la circulation sur l'activité des organes sécréteurs

1605. L'augmentation d'activité des sécrétions proportionnée à l'influence croissante de l'appareil circulatoire est néanmoins resserrée dans certaines limites. Dès que l'activité de la circulation est exagérée, et surtout dès qu'elle arrive jusqu'à l'état fébrile, les sécrétions se suspendent; on le voit bien par la sécheresse des surfaces exhalantes, par la diminution de la quantité des urines qui deviennent aqueuses et imparfaitement élaborées, par l'absence de la salive dans la bouche, par la sécheresse de la peau, etc.; mais cet état morbide n'est jamais que passager; dès que la suractivité circulatoire se calme les sécrétions se rétablissent, et pour quelques unes d'elles, soit parce que leurs organes ont ressenti plus directement l'influence des causes occasionnelles extérieures, soit par suite de la nature des propriétés des molécules liquides ou gazeuses qui ont pu passer dans les secondes voies, l'activité sécrétoire s'élève même jusqu'au dessus de l'état normal pendant un certain temps; ainsi surviennent les diacrises qui succèdent aux états fébriles et qui les terminent.

Causes par suite desquelles l'influence du sang agit de préférence sur certains organes sécréteurs.

1606. L'influence que les organes sécréteurs éprouvent de la part du sang agit plus spécialement sur certains

[1] Scheel, *Die Transfusion des Blutes und Einspritzung der Arzneien in die Adern*, t. II, p. 11.

organes sécréteurs en raison des qualités et de la nature des principes qui ont pénétré dans les secondes voies; ce ne peut être que de cette manière que se produit de préférence la suractivité portée jusqu'à la diacrise de certains organes sécréteurs, par l'introduction dans les secondes voies de médicaments déterminés. Par leur mode d'action spéciale, tous ces médicaments sont relativement aux diacrises des causes réelles de maladies; c'est ainsi qu'agissent les diurétiques, les diaphorétiques, etc.

Influence du système nerveux sur les sécrétions considérée comme cause de diacrise.

1607. Le système nerveux exerce sur les sécrétions une influence aussi évidente que celle qui provient de l'appareil circulatoire. On n'est embarrassé que du choix des faits qui établissent la réalité de cette influence tant ils sont nombreux; ainsi l'on pourrait invoquer pour l'état physiologique, l'action exagérée des glandes lacrymales par suite de l'impression des douleurs physiques ou morales; la diaphorèse subite que provoque une commotion morale etc., etc. Il suffit que cette influence soit exagérée pour que la sécrétion se convertisse en une diacrise; c'est de cette manière que des flux bilieux, des diarrhées séreuses, des flux d'urine, sont occasionnés par une passion violente; c'est ainsi qu'un mouvement de colère d'une nourrice modifie la sécrétion du lait et altère les qualités de ce produit sécrété, et que la production de la salive est augmentée par l'influence d'un accès de colère au point de se montrer sous la forme d'écume à la bouche, etc.

1608. Les maladies qui consistent essentiellement dans une perturbation des fonctions du système nerveux occasionnent des diacrises, en raison de l'influence de ce système sur les organes sécréteurs. Ainsi les accès d'hystérie sont quelquefois suivis de vomissements bilieux et d'autres fois de selles séreuses; presque toujours ils provoquent un flux d'urine aqueuse. Les attaques d'épilepsie occasionnent la salivation, et quelquefois des vomissements muqueux ou bilieux, et très souvent aussi un flux d'urines.

1609. La perturbation des sécrétions jusqu'à la production de l'état pathologique se produit même par des affections qui ont leur siége dans des cordons nerveux; telle est la cause immédiate des épiphoras dans les névralgies temporo-ophthalmiques, des sueurs locales des membres dans les névralgies qui y ont leur siége, des flux bilieux dans les gastralgies, etc.

1610. Si l'influence du système nerveux sur les organes sécréteurs se montre d'une manière évidente dans la production des diacrises, elle n'est pas moins incontestable lorsqu'elle amène la suppression des sécrétions. Ainsi l'on doit rapporter au même mode d'influence les suppressions de sécrétions normales provoquées par des affections de l'appareil nerveux central, telles que les suppressions d'urine chez des hémiplégiques, les suppressions du lait par des ébranlements moraux, etc. Cette influence se retrouve relativement aux diacrises lorsqu'une pareille cause détermine instantanément la suspension d'un flux anomal.

Des rapports qui existent entre les diverses sécrétions considérés comme cause de diacrises

1611. Les sécréteurs peuvent être considérés, indépendamment de leur utilité pour l'accomplissement de certaines fonctions, comme des émonctoires dont l'action est aussi indispensable au maintien de l'équilibre de l'organisme qui constitue l'état de santé, puisqu'ils servent à éliminer des molécules dont la rétention aurait des inconvénients; c'est pourquoi ces organes sont, au moins pour plusieurs d'entre eux, succédanés les uns des autres. Ce rapport nécessaire entre les sécrétions devient une cause de diacrise; c'est ainsi que la suppression de la sueur est quelquefois suivie de diarrhée séreuse, et que la suppression des urines peut devenir une cause de diaphorèse exagérée et réciproquement.

La coordination des sécrétions qui les rend jusqu'à un certain point supplémentaires les unes des autres ne se conserve pas toujours dans l'état pathologique; elle peut même s'intervertir tout à fait, ainsi les phthisiques sont

souvent affectés en même temps de plusieurs diacrises dans lesquelles on observe la présence simultanée de flux qui d'ordinaire s'excluent réciproquement; c'est ainsi qu'on voit coïncider des sueurs avec des diarrhées et quelquefois aussi avec des urines colliquatives. On ne peut méconnaître dans ces cas l'existence d'un état morbide primitif dont tous ces flux colliquatifs sont l'effet; c'est surtout alors que la diminution d'activité d'une des diacrises d'un organe augmente encore avec plus de force que dans l'état ordinaire le flux morbide dont les autres sont simultanément le siége.

Causes pathologiques des diacrises, leurs rapports avec ces maladies.

1612. Si l'on apprécie bien toutes les conditions pathologiques que nous venons d'exprimer, on est conduit à ne plus considérer un grand nombre de diacrises comme des phénomènes morbides primitifs, puisqu'elles ne sont que l'effet ou le symptôme de lésions fonctionnelles qui les ont précédées. Il n'est point en effet d'état pathologique qui soit plus facilement et plus fréquemment déterminé par des lésions morbides antécédentes que les diacrises. Pendant le cours de la plupart des maladies les organes sécréteurs deviennent le siége de flux d'une intensité variable et d'une durée plus ou moins longue, aussi est-il vrai de dire que presque toutes les maladies sont des causes de diacrises.

Ces états morbides des sécrétions considérés, par rapport aux causes pathologiques qui peuvent les produire, surviennent dans cinq circonstances différentes : 1° avant les maladies et comme leur prodrome; 2° comme phénomène de réaction succédant immédiatement à l'effet de la cause morbigène et sous l'influence des phénomènes initiaux de l'état pathologique principal; 3° comme épiphénomène pendant le cours des maladies; 4° à certaines périodes des états morbides et comme l'un de leurs symptômes principaux; 5° au déclin et comme phénomène de terminaison des maladies.

Conditions étiologiques de la manifestation

1613. En rapportant chacune de ces circonstances aux causes spéciales qui les produisent, on reconnait aux dia-

des diacrises par suite de causes morbides.

crises qui s'y rattachent les conditions étiologiques suivantes :

1° Les diacrises surviennent au début de beaucoup de maladies par l'influence immédiate des causes mêmes de ces maladies. Ce mode de production des diacrises est subordonné à la condition de l'action directe ou indirecte de ces causes sur l'organe sécréteur, qui devient le siége du flux morbide; on en trouve un exemple quand l'action d'une cause irritante sur la muqueuse des voies digestives, qui va déterminer un catarrhe gastro-intestinal, est d'abord suivie de la production d'un flux bilieux.

2° Au début d'un grand nombre de maladies les plus diverses par leur siége, par leur nature et par leurs causes, on voit souvent les phénomènes initiaux joints à des diacrises dont le siége, l'intensité et la durée sont très variables. Ces diacrises sont les premiers phénomènes de réaction de l'état morbide commençant; ainsi, lorsqu'un individu contracte une pneumonie, une pleurésie, un rhumatisme articulaire, etc., il n'est pas rare de voir, parmi les premiers accidents de ces maladies, se manifester des diarrhées, des sueurs, des flux bilieux, etc., plus ou moins intenses.

Ces diacrises exercent toujours une grande influence sur la gravité de la maladie en voie de développement. Dans le plus grand nombre des cas, elles constituent comme des crises de l'effet immédiat pathogénique de la cause occasionnelle de la maladie, de manière qu'elles la rendent moins grave, et que quelquefois même elles interrompent tout à fait son développement. C'est ainsi que des sueurs abondantes, dans la fièvre d'éruption de la variole, ont été suivies de la suspension complète de la maladie réduite à sa fièvre d'invasion, ou au moins de la réduction de la gravité de la maladie, annoncée d'abord par une fièvre violente, à un degré tel qu'elle n'a plus été qu'une éruption formée par quelques pustules rares. Dans quelques cas, ces diacrises

ne font qu'ajouter à la gravité de la maladie commençante; cela arrive surtout quand elles exercent sur l'organisme une action débilitante exagérée, ou lorsqu'elles compromettent l'exercice des grandes fonctions. C'est ainsi que les diarrhées abondantes qui surviennent dans la période initiale des varioles, des pneumonies, et surtout des érysipèles, impriment à ces maladies une extrême gravité.

3° Les diacrises surviennent comme épiphénomènes pendant le cours d'un grand nombre d'états pathologiques. Cet accident est si commun qu'il est très peu de maladies d'une certaine intensité, et surtout de maladies chroniques, pendant lesquelles il ne se montre. Souvent il se reproduit plusieurs fois pendant la durée de ces maladies, et assez fréquemment il a chaque fois une forme, une gravité et un siége différents. Les flux d'urine, les diarrhées, les flux muqueux, les diaphorèses locales ou générales, le ptyalisme, les leucorrhées, etc., sont les formes sous lesquelles se montrent ces diacrises. Il est même des maladies dans lesquelles certaines diacrises sont un épiphénomène si fréquent qu'on a l'habitude de les considérer comme leurs symptômes habituels : telles sont, par exemple, les sueurs et les diarrhées pour les phthisies pulmonaires.

Ces diacrises épiphénoméniques des maladies sont évidemment le résultat des conditions morbides spéciales que ces maladies ont introduites dans l'organisme, ou de l'influence directe qu'elles exercent sur des organes de sécrétion et même sur les appareils circulatoire et nerveux. On apprécie la valeur de ces causes en analysant, sous le rapport de leurs effets locaux et généraux nécessaires, les états pathologiques spéciaux à l'occasion desquels ou par l'influence desquels la diacrise se manifeste.

4° Les diacrises se lient, comme des phénomènes constants, à certaines maladies, à des périodes déterminées de leur durée; elles font alors réellement partie des symptômes de ces maladies : telles sont, par exemple, les sueurs

dans les fièvres intermittentes. Les diacrises constituent quelquefois le phénomène dominant et principal de certaines maladies, comme les sueurs, par exemple, dans les fièvres élodes. Enfin ce phénomène morbide principal devient, dans quelques états pathologiques, la cause immédiate de leur gravité et quelquefois même de leur issue funeste; les fièvres pernicieuses cholériques sont des exemples de cette condition pour les flux abdominaux. Dans tous ces cas la cause des diacrises se trouve dans la nature même de l'état morbide primordial.

5° La manifestation des diacrises, comme mode de terminaison de certaines maladies, est encore une circonstance dans laquelle la cause immédiate du flux provient d'un état spécial de l'organisme consistant, soit dans la condition constitutive de ces maladies, soit dans les réactions qui se produisent dans l'économie à l'occasion de ces maladies. Ces diacrises comprennent tous les flux auxquels on a attribué la qualité de crises; elles ne surviennent pas toujours à l'issue même des maladies, ni même à leur période décroissante; elles peuvent se reproduire plusieurs fois dans le cours d'une maladie. Tantôt elles marquent seulement le passage de la période d'état à la période de décroissement de la maladie, comme le sont assez souvent les flux d'urines sédimenteuses, et plus souvent, et d'une manière plus tranchée encore, les sueurs dans les typhus; tantôt elles sont le dernier phénomène de l'état morbide, celui par lequel s'accomplit et s'achève le décroissement de la maladie, ainsi se montrent les sueurs, moins souvent les urines abondantes et sédimenteuses, et plus rarement encore, mais néanmoins avec un rapide résultat heureux, les diarrhées au terme des scarlatines.

Expression générale du rapport des diacrises avec les autres maladies.

1614. En considérant ainsi les diacrises d'après leurs rapports et dans leur connexion avec les causes, les accidents et les divers phénomènes des différentes maladies à chacune de leurs périodes, on reconnaît qu elles en sont

à la fois des phénomènes morbides secondaires, et aussi l'un des phénomènes constitutifs ou accidentels les plus fréquents. L'histoire des diacrises est donc le préliminaire indispensable de celle de la plupart des autres maladies dont elles font le plus souvent partie comme causes, comme symptômes, comme épiphénomènes, comme effet, comme mode de terminaison et même comme moyen de curation.

CHAPITRE V.

Nature et causes prochaines des diacrises et des phénomènes qui résultent de leur présence.

1615. Les organes sécréteurs accomplissent leurs fonctions sous l'influence de l'incitation nerveuse (1607) et de la circulation (1603); aussi la mesure de l'activité de ces organes se trouve-t-elle dans celle de l'activité de la circulation dans leurs vaisseaux propres, et dans leur irritabilité au contact des excitants (1597).

Phénomènes inhérents à l'activité augmentée des organes sécréteurs.

Ces premières conditions, indispensables à l'action des organes sécréteurs, se retrouvent plus prononcées et avec des phénomènes plus tranchés dans l'état de maladie que dans l'état sain. Elles constituent l'orgasme ou la turgescence sécrétoire, ou cet état dans lequel la vie paraît augmentée dans l'organe sécréteur qui se trouve dans une véritable hyperaimie, avec tuméfaction et rénitence plus grande de son tissu, et augmentation de son irritabilité au contact des excitants.

1616. La turgescence sécrétoire est la cause immédiate de la plupart des accidents qui sont liés à la présence des diacrises; elle exerce sur l'organisme une influence proportionnée à son intensité, qui se trouve elle-même en rapport avec l'étendue de l'organe sécréteur, avec la richesse de son appareil circulatoire, et enfin avec le degré de son irritabilité.

De la cause immédiate des phénomènes des diacrises suivant le degré d'orgasme sécrétoire.

L'état d'orgasme sécrétoire est le phénomène immédia-

tement produit par l'activité de la sécrétion. Quand cette activité devient insolite et morbide, l'orgasme sécrétoire est plus prononcé que dans l'état physiologique. C'est à lui qu'il faut rapporter la chaleur anomale et la douleur souvent éprouvées par les malades dans la région de l'organe sécréteur. C'est à lui aussi qu'il faut rapporter l'état fébrile qui se lie aux diacrises intenses ou très étendues des organes sécréteurs importants.

L'orgasme sécrétoire ne constitue pas l'essence, la cause immédiate de la sécrétion, pas plus que son activité exagérée n'est la cause immédiate de la diacrise. Ce phénomène n'est, dans l'état physiologique comme dans l'état morbide, qu'un résultat qui dérive du mode d'organisation intime des organes sécréteurs et des conditions sur lesquelles repose leur activité organique.

De l'influence des diacrises sur la circulation déduite du mode d'organisation des sécréteurs.

1617. Les organes sécréteurs se distinguent, entre tous les organes, par la présence en eux d'une très grande quantité de vaisseaux capillaires ramifiés, formant des réseaux excessivement ténus qui reposent sur les surfaces des ampoules et des rameaux capillaires qui constituent les racines des canaux excréteurs. Ces réseaux capillaires sont ainsi autant rapprochés que possible des surfaces externes. Par suite de cette disposition, les surfaces vasculaires que le sang parcourt ont, dans les organes sécréteurs, une très grande étendue; le sang y subit par conséquent un ralentissement considérable, en même temps qu'il est aussi rapproché que possible des molécules interposées entre les vaisseaux, et des surfaces internes des radicules des canaux destinés à recevoir le produit de la sécrétion. Ces dispositions, desquelles il faut conclure que les capillaires qui se ramifient dans les organes sécréteurs sont les principaux instruments de leurs fonctions, font concevoir comment l'activité des organes sécréteurs se décèle surtout par l'activité de la circulation qui leur est propre, et par conséquent par l'injection vasculaire, la rougeur, le gonflement,

et une augmentation de chaleur dans l'organe sécréteur; elles font également comprendre comment toutes les causes, qui ont pour effet de stimuler l'activité de la circulation dans un organe sécréteur, augmentent en même temps la sécrétion; elles expliquent aussi comment, quand l'action de ces causes est portée jusqu'à provoquer l'état morbide, les phénomènes de l'orgasme sont plus prononcés que dans l'état physiologique, et sont portés jusqu'à déterminer une suractivité circulatoire à laquelle se rattachent la tuméfaction, la rougeur et la chaleur de l'organe, presque au degré de l'état de phlegmasie.

De la nature de la lésion essentielle qui constitue les diacrises.

1618. L'appareil circulatoire, malgré la disposition toute spéciale qu'il a dans les organes sécréteurs, n'en est pas moins clos de toutes parts et sans aucune communication immédiate avec les radicules des canaux sécréteurs[1]. Le produit de la sécrétion, déposé dans ces radicules, ne provient donc point du sang directement; il n'en peut tirer sa source que par l'intermédiaire d'un travail d'élaboration, ou par une véritable transsudation au travers des parois des vaisseaux. Là s'accomplit un acte organique sur les causes immédiates duquel les physiologistes ne sont point d'accord. Il nous suffit de faire remarquer qu'il se manifeste par des produits qui supposent des actes de transformation de principes immédiats qu'on peut concevoir avec Wolf par des attractions et des répulsions moléculaires toutes spéciales[2]. Les conditions dans lesquelles il s'accomplit sont les mêmes pour le développement des diacrises; seulement elles se montrent, pour ces dernières maladies, à des degrés différents, mais toujours elles consistent dans des états anomaux des organes sécréteurs ou de leur appareil circulatoire.

Modes et limites de l'action de la cause immédiate des diacrises.

1619. Qu'une stimulation extérieure soit ressentie par un organe sécréteur à un haut degré, ou que l'incitation ner-

[1] Ce fait, déjà démontré par Mascagni, a été confirmé par les travaux récents de Muller, *De glandularum secernentium structura penitiori*, p. III.

[2] *Abhandlungen ueber die Nutritionskraft;* p. 59.

veuse occasionne en lui cette stimulation, le sang est appelé en plus grande quantité dans l'appareil vasculaire de l'organe sécréteur, qui acquiert un excès d'activité et devient le siége de la turgescence sécrétoire; que cet état augmente jusqu'à l'état anomal, la diacrise se produit. Si la stimulation persiste encore et dépasse par ses effets la mesure dans laquelle les conditions de la circulation, dans l'organe sécréteur, sont compatibles avec ses fonctions, la sécrétion se suspend et la phlegmasie devient imminente.

Que la circulation prenne une plus grande activité dans certaines limites, les organes sécréteurs le ressentent par leur appareil vasculaire étendu, et leurs fonctions ne s'accomplissent qu'avec plus d'énergie; mais si l'activité de la circulation augmente jusqu'à l'état morbide, les sécrétions se suspendent parce que les conditions de vitesse et d'activité de la circulation compatibles avec les échanges et les transformations moléculaires qui se font dans les sécréteurs, sont dépassées; dès que la circulation revient vers son type normal, l'excès d'activité des organes sécréteurs reparaît comme le dernier effet de sa surexcitation décroissante.

Les états successifs que nous venons d'indiquer, et qui marquent les différences qui résultent, pour l'accomplissement des sécrétions, des divers degrés d'activité de la circulation, se trouvent réalisés dans les diverses conditions de l'état fébrile. Tant que la vitesse et l'activité de la circulation sont maintenues à un haut degré d'exagération par la fièvre, les sécrétions restent supprimées; dès que l'état fébrile décroît, l'excès d'activité des sécrétions, avec un certain degré d'orgasme sécrétoire, survient comme état intermédiaire à l'état fébrile antécédent et à l'état apyrétique consécutif. C'est ainsi que les diverses maladies générales, dans lesquelles les phénomènes morbides sont prééminents dans l'appareil de la circulation, deviennent des causes de diacrises, qui ne sont alors en réalité que les phénomènes locaux d'un état morbide général.

1620. Les diacrises qui se produisent, soit par l'influence d'une stimulation sur les organes sécréteurs, soit par l'influence exercée sur ces organes par une plus grande activité de la circulation ou par l'incitation nerveuse, constituent les diacrises que l'on a désignées par l'épithète de diacrises actives, parce qu'en effet les transformations moléculaires qui constituent les sécrétions s'accomplissent alors avec une rapidité et une énergie plus grandes, quoique anomales. Ces diacrises sont opposées, sinon par leur nature, au moins par leur cause immédiate, à celles que l'on a désignées sous le nom de passives. Dans ces dernières, le travail organique de la sécrétion, dont l'orgasme sécrétoire est la mesure, est imparfait et affaibli, et le flux devient cependant très considérable; mais à mesure qu'il augmente de quantité, le produit est moins élaboré et se rapproche de plus en plus de l'état aqueux, ou au moins d'une composition analogue à celle de la sérosité du sang. Les diacrises passives ne sont jamais idiopathiques; elles ne se manifestent que dans des maladies dont les phénomènes indiquent, dans tous les organes, une atonie qui ne peut dépendre que d'un état général dont les sécrétions colliquatives sont alors le résultat, comme le ramollissement, la perte de solidité des tissus, les infiltrations séreuses, quelquefois les infiltrations sanguines, sont ses effets dans l'ordre des fonctions de la nutrition.

Modes divers des diacrises.

1621. Les diacrises, considérées dans les organes qu'elles intéressent, peuvent donc être des phénomènes d'un état général agissant sur l'organe sécréteur par l'intermédiaire des systèmes nerveux et vasculaire. Il n'est pas douteux que la présence en excès, dans l'appareil de la circulation, des éléments des produits sécrétés, n'ait pour résultat de rendre ces sécrétions plus actives; et si ces éléments sont en quantité exagérée et ont des propriétés spéciales ou électives sur certains organes sécréteurs, il en résultera des diacrises limitées à ces organes. Ainsi, pour choisir des

De la cause immédiate des diacrises dépendant de la présence en excès des éléments de sécrétion.

exemples faciles à recueillir, l'administration d'une grande quantité de liquide aqueux, par absorption gastro-intestinale ou tégumentaire, a pour résultat de déterminer une sécrétion très-abondante, et même excessive, de l'urine ou de la sueur. L'odeur particulière imprimée aux fluides sécrétés par des substances qui pénètrent dans l'organisme par absorption, et qui arrivent nécessairement dans le sang avant de modifier les sécrétions, ne permet pas de douter de l'influence des qualités du sang sur les produits des secrétions.

Influence que les diacrises exercent sur l'organisation par les lésions fonctionnelles qu'elles occasionnent.

1622. Lorsqu'un flux a son siége dans un organe sécréteur d'un fluide nécessaire à l'accomplissement d'une fonction, l'influence qu'il exerce sur l'organisme n'est pas seulement le résultat de la turgescence sécrétoire qui l'accompagne, ni de la déperdition qu'il provoque, elle participe aussi de l'effet de la perturbation de la fonction pour laquelle est destiné le produit de la sécrétion, perturbation qui provient elle-même de la diacrise. L'importance de ce mode d'action s'apprécie par celle de la fonction lésée; c'est ce qui fait que les diacrises gastro-intestinales exercent une si profonde influence sur l'économie : elles font perdre des liquides et agissent ainsi comme moyens spoliateurs; elles rendent difficiles ou même impossibles les fonctions digestives qui sont le point de départ de la réparation du corps par la nutrition.

Résultats des diacrises qui proviennent de la présence de leurs produits altérés.

1623. Les produits sécrétés accumulés en excès, et aussi le plus souvent modifiés dans leur composition, exercent sur les organes qui les reçoivent une action qui peut devenir par elle-même la source de symptômes spéciaux fort graves. Ces symptômes sont proportionnés, par leur intensité, à l'irritabilité des organes et à la quantité du produit sécrété retenu à leur surface. Les diacrises du tube digestif fournissent des exemples de ces phénomènes morbides dans les symptômes d'irritation et de surcharge occasionnés sur la muqueuse gastro-intestinale par le dépôt des produits

diacritiques altérés; c'est ainsi que les diacrises des reins peuvent être suivies d'accidents vers la vessie en y déterminant le dépôt de concrétions provenant des urines altérées.

De la dynamie comme phénomène des diacrises.

1624. L'activité insolite des sécrétions a nécessairement pour résultat de soumettre l'organisme à des déperditions de molécules qui proviennent du sang. L'effet de ces déperditions, suite des diacrises abondantes, est d'occasionner une dépression considérable de l'innervation et des forces musculaires, une diminution de l'énergie des battements du cœur, un affaiblissement dans l'étendue des diastoles artérielles et une décoloration des téguments, qui n'est autre chose que l'état d'inanition de leurs capillaires. Il suffit que la diacrise persiste pendant quelque temps pour que l'amaigrissement se prononce à un haut degré comme résultat immédiat de ces effets directs des déperditions sécrétoires sur les fonctions organiques. Les diacrises sont, par ces effets, comparables, à beaucoup d'égards, aux déplétions sanguines répétées ou prolongées outre mesure; elles ont les mêmes résultats quant à leur action immédiate sur l'organisme; elles peuvent par conséquent déterminer une action thérapeutique semblable (46). C'est ainsi que, dans les cas où l'on a recours aux émissions sanguines pour diminuer l'activité de la circulation, on peut obtenir les mêmes effets des diacrises, dont l'action est alors déprimante pour l'appareil circulatoire, et antiphlogistique quant aux maladies auxquelles on peut l'opposer. Les diacrises envisagées sous ce point de vue sont des moyens thérapeutiques que l'on obtient par l'administration des médicaments qui ont pour résultat de stimuler l'action des organes sécréteurs.

De l'effet qu'on attend des diacrises quand on les détermine dans un but thérapeutique.

1625. L'influence exercée sur l'organisme en entier par les diacrises, n'est pas seulement provoquée comme moyen de débilitation des grandes fonctions, pour opérer une action déplétive, on y a aussi recours pour rendre plus actives les absorptions, soit sur des surfaces, soit dans les interstices des tissus, dans le but de provoquer la résolution d'apo-

stêmes, d'infiltrations ou de phlegmasies. Cet effet thérapeutique a été conçu d'après l'observation des résultats des diacrises pathologiques, lesquels sont de déterminer une suractivité dans les absorptions. On peut ne voir encore là que l'effet immédiat de l'action spoliative des diacrises sur l'organisme, opérée par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire de l'organe sécréteur; mais il faut reconnaître aussi que, sous ce rapport, il y a, entre l'effet des diacrises et celui des émissions sanguines, cette importante différence que ces dernières, loin de provoquer des résorptions d'épanchements, sont plus propres à les augmenter toutes les fois qu'ils ne sont pas le résultat immédiat d'une phlegmasie que la saignée peut faire cesser.

Règles pour déterminer des diacrises dans un but thérapeutique.

1626. Le médecin qui se propose de déterminer des diacrises dans un but thérapeutique, ne doit pas seulement tenir compte de l'influence directe qu'elles occasionnent dans l'organisme, il faut aussi qu'il considère la lésion fonctionnelle qu'elles entraînent dans l'appareil auquel se rattachent la sécrétion qui est modifiée, et les phénomènes que ressentira cet appareil de l'action immédiate de l'agent thérapeutique et du produit sécrété. Ainsi, s'agit-il de provoquer une diacrise dans le but thérapeutique d'opérer une déplétion antiphlogistique, ou de favoriser l'absorption résolutive d'un apostême ou d'une phlegmasie, si l'on administre des médicaments qui déterminent une diacrise gastro-intestinale, on atteindra le but; mais l'on troublera les fonctions digestives et l'on agira sur la muqueuse gastro-intestinale, tant par le médicament purgatif qu'en y déterminant le dépôt du produit de la sécrétion exagérée et altérée. Ces circonstances n'empêcheront pas sans doute qu'on ne prenne encore le parti d'agir ainsi toutes les fois que les inconvénients peuvent être balancés par des avantages; mais si les avantages sont au dessous des inconvénients, elles forceront de renoncer à ce moyen, surtout lorsqu'il faudra le mettre en pratique pendant un certain

temps et avec une certaine activité ; dans tous les cas, elles imposent la loi de n'y recourir qu'avec prudence.

Si, au lieu d'agir sur le tube digestif, on agit sur les reins par les diaphorétiques, on peut souvent obtenir les mêmes résultats utiles sans s'exposer au même danger. La sécrétion des reins étant tout excrémentielle, les modifications qu'on provoque dans la quantité et les qualités du produit sécrété ne deviennent pas immédiatement la cause d'un trouble fonctionnel ; c'est pourquoi la diacrise peut être provoquée et entretenue souvent pendant longtemps avec bien moins d'inconvénients que les flux gastro-intestinaux ; aussi les médicaments diurétiques constituent-ils les agents thérapeutiques auxquels on a recours dans le plus grand nombre de cas, et, il faut le dire aussi, avec le plus grand avantage, dans l'intention d'arriver aux résultats indiqués.

Influence d'une sécrétion sur les autres sécrétions en général.

1627. Toutes les fois que l'activité des fonctions d'un organe sécréteur est augmentée à un degré suffisant pour exercer une influence prononcée sur l'organisme, les autres sécrétions diminuent même au point, au moins pour quelques unes, de se suspendre complètement (1611). C'est ainsi que la manifestation d'une diacrise peut devenir le moyen de faire cesser une diacrise antécédente affectant un autre organe ; il suffit pour cela que le flux secondaire arrive par son intensité ou par sa continuité à exercer sur l'économie une influence assez grande pour détourner de l'organe sécréteur primitivement affecté la fluxion qui s'y dirige et qui l'entretient à l'état d'orgasme sécrétoire ; ou bien il faut que les déperditions que la diacrise secondaire provoque soient telles qu'elles épuisent les matériaux de la sécrétion primitive. L'un et l'autre de ces modes d'action doivent être admis, ils constituent les deux conditions essentielles des dérivations diacritiques démontrées par l'observation clinique savoir : que la diacrise provoquée ou arrivant accidentellement se manifeste avec un orgasme

sécrétoire très intense ou équivalent à un orgasme intense par la grande étendue de son siége, ou que la déperdition diacritique soit très abondante. Les diacrises qui présentent à un haut degré l'une ou l'autre de ces conditions ne sont pas seulement suivies de la suspension des flux préalablement existants par d'autres voies; elles ont aussi pour résultat la suppression des sécrétions physiologiques; suppression qui se trouve parmi les symptômes les plus tranchés des diacrises intenses.

Conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles certaines diacrises s'associent les unes aux autres.

1628. L'influence que les diacrises exercent les unes sur les autres semble au premier aperçu rendre impossible l'association de plusieurs diacrises importantes dans l'organisme, puisqu'il suffit qu'un des flux soit plus intense ou détermine de très abondants produits pour diminuer, jusqu'au point de la faire descendre au-dessous de l'état physiologique, l'action exagérée des autres sécréteurs. Mais l'analyse de toutes les circonstances dans lesquelles surviennent ces maladies fait reconnaître qu'il est certaines conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles non-seulement l'association de plusieurs diacrises devient possible, mais se montre même comme une conséquence nécessaire de l'état morbide.

1629. Dans l'état physiologique plusieurs organes sécréteurs sont congénères pour une même fonction (1560) et agissent toujours en même temps. Cette simultanéité d'action persiste toujours à un certain degré dans l'état pathologique, et loin qu'une diacrise provoquée sur un organe sécréteur tende à débarrasser son congénère par une sorte de dérivation de l'état de diacrise qui pouvait l'affecter, elle a au contraire pour résultat d'en exagérer l'intensité; ainsi les diacrises des cryptes mucipares gastro-intestinales portent ordinairement en même temps sur le foie et sur le pancréas, et le passage d'un de ces organes sécréteurs à l'état de diacrise est suivi du même état morbide dans les autres. C'est encore ainsi que les diacrises mam-

maires sont jointes habituellement au flux utéro-vaginal, une de ces diacrises détermine l'autre, etc., l'on ne réussirait pas à faire cesser l'une de ces diacrises en provoquant l'action exagérée de l'organe de la sécrétion congénère, on obtiendrait au contraire l'effet opposé.

1630. Toutes les fois qu'on remarque à la fois plusieurs diacrises abondantes occupant des organes sécréteurs qui ne sont point liés à une même fonction ou à des fonctions homologues, on peut compter que ces diacrises ne sont que l'effet d'un état pathologique antécédent dont ces diacrises simultanées constituent même le caractère dominant. Ainsi dans l'hectisie colliquative la condition pathologique qui s'est établie dans l'organisme s'exprime par l'augmentation exagérée de presque toutes les sécrétions dont le produit ne présente alors qu'une élaboration imparfaite (1620). La maladie n'est plus une simple diacrise; les flux simultanés ne sont plus que des symptômes d'un état général qui provoque en même temps des sécrétions et des excrétions exagérées par le plus grand nombre des couloirs du corps, comme par exemple des sueurs et des urines, des urines abondantes et la diarrhée, des sueurs et la diarrhée, etc. Dans ces états pathologiques la manifestation d'une diacrise ne fait pas cesser celles qui l'ont précédée sur d'autres organes pas plus que l'augmentation d'intensité d'un des flux coexistants n'atténue la gravité des autres. Si dans ces cas on provoquait l'action exagérée d'un sécréteur encore faiblement affecté ou qui même ne l'aurait pas été jusque-là, on ne ferait le plus souvent qu'ajouter un accident à la maladie sans diminuer les autres diacrises. S'il arrive quelquefois dans la condition morbide dont il s'agit que l'on parvienne à suspendre ou à modérer temporairement un des flux qui s'y rattachent on n'obtient toujours qu'un effet peu durable tant qu'on n'a pas fait cesser l'état morbide primitif dont les diacrises ne sont que les effets.

Cause commune des diacrises colliquatives.

1631. La cause commune et immédiate de ces diacrises colliquatives qui sévissent souvent sur une grande partie du corps se trouve évidemment dans le réservoir commun des éléments des sécrétions; ce n'est qu'une cause de cette nature, et qui exerce son action de cette manière, qui peut lier les uns aux autres des actes de sécrétion affectant des organes très différents et qui n'ont entre eux aucun rapport synergique. On ne peut comprendre que de cette manière une maladie qui affecte à la fois et dans le même sens des organes divers qui remplissent des fonctions de même nature, mais qui s'excluent physiologiquement les unes les autres, au moins à un certain degré. L'observation clinique fait au surplus reconnaître que dans tous ces cas il existe comme affection primitive des cachexies caractérisées par des symptômes généraux et locaux directs, indépendamment des flux qu'elles déterminent, qui ne font encore que les rendre plus graves en ajoutant à l'état général primitif l'influence directe des déperditions qu'ils font subir à l'organisme. Ces déperditions sont alors dans une disproportion d'autant plus grande avec les moyens de réparation qu'elles se font à la fois par plusieurs organes, et que leur abondance s'accroît à mesure qu'elles rendent elles-mêmes plus profonde l'affection morbide primitive dont elles ne sont que les symptômes. Ainsi, dans ces cas, les diacrises primitivement produites comme effet par un état morbide général contribuent ensuite comme cause à l'aggraver. Si l'on veut se représenter par des exemples les conditions pathologiques qui se rattachent aux causes prochaines des diacrises et à leurs rapports avec des états pathologiques généraux, qu'on étudie les phénomènes des cachexies séreuses ou tuberculeuses, etc., et des diacrises dont elles s'accompagnent à leurs différentes périodes.

Des modifications que les produits des sécré-

1632. Les produits des sécrétions après leur dépôt immédiat dans les couloirs qui les versent sur les surfaces et dans

les réservoirs où ils doivent être déposés, subissent en traversant ces couloirs des modifications qui consistent spécialement dans une augmentation de plasticité, une condensation plus considérable ou un rapprochement de leurs molécules qui les rendent plus solidifiables en diminuant la proportion de leurs éléments liquides et muqueux. La réalité de ces modifications est facilement démontrée par l'examen comparatif des produits des sécrétions dans les canaux excréteurs, à leurs divers points de leurs racines à leurs bouches d'excrétion, et dans les réservoirs destinés à recevoir le dépôt de ces produits; nous ne savons pas cependant quelle est leur nature, et nous ne pouvons même pas déterminer, au moins le plus souvent, leurs causes immédiates : il est pourtant très probable que le mélange, nécessaire puisqu'il est constant dans tous les appareils de sécrétion, des produits des organes sécréteurs multiples qui se rendent sur les mêmes parties (1560), contribue à perfectionner leurs qualités.

tions diacritiques éprouvent dans les voies d'excrétion.

1633. Les conditions physiologiques qui se rattachent à ce dernier acte des sécrétions qui s'accomplit dans les couloirs d'excrétion, si elles viennent à s'altérer, contribuent directement à produire toutes les maladies qui résultent des altérations de composition des produits de sécrétion dans leurs couloirs et leurs récipients; c'est là que se trouve l'origine immédiate des condensations et des dépôts anomaux qui se produisent dans les fluides sécrétés, d'où résultent les calculs qui se forment dans ces fluides, et qui se déposent et quelquefois se fixent sur les parois de leurs couloirs et de leurs récipients; c'est aussi dans ces conditions que se trouve la cause immédiate, inconnue dans sa nature et inexplicable dans son essence, des formations ou des développements d'animaux parasites dans les produits des sécrétions disposés dans leurs couloirs ou leurs récipients.

De l'origine des altérations qui se produisent dans les fluides déposés dans les récipients des sécréteurs.

Ces observations générales n'ont pas toute l'importance qu'elles tireraient de la connaissance de toutes les

conditions essentielles dont les changements qui s'opèrent dans les fluides sécrétés ne sont évidemment, dans les cas que nous venons de citer, que les conséquences. On verra toutefois, par l'histoire particulière de chacune de ces maladies, que beaucoup de leurs phénomènes principaux proviennent de modifications appréciables des actes physiologiques qui s'accomplissent dans les canaux d'excrétion et dans les réservoirs des organes sécréteurs. C'est même de ces circonstances que se déduisent les principales indications applicables soit à la prophylaxie, soit à la curation de ces maladies.

Cause de la forme spéciale des phénomènes diacritiques lorsqu'ils dépendent des modifications des produits des sécrétions dans les couloirs qu'ils parcourent.

1634. Les diacrises dans lesquelles les produits de sécrétion subissent des modifications dans le trajet des couloirs qu'ils doivent parcourir, ont des symptômes spéciaux qui consistent moins dans les changements appréciables dans la quantité et les qualités du fluide excrété, que dans les actes d'excrétion et dans l'accomplissement des fonctions auxquelles servent les produits sécrétés. C'est en effet par les qualités qui les mettent en rapport avec les organes excréteurs que les produits de sécrétion décèlent particulièrement les altérations qu'ils ont subies; et ensuite c'est surtout comme devenus moins propres à servir aux fonctions auxquelles ils sont destinés que ces produits se sont convertis en des causes réelles de maladies. Les symptômes qui dérivent de cette double source de causes immédiates d'accidents sont d'abord tous les phénomènes morbides des excrétions imparfaites ou trop rapides, ou se faisant avec douleur, et ensuite les symptômes qui résultent des fonctions spéciales auxquelles concourent les sécrétions. Ces symptômes sont les uns directs, c'est-à-dire se rapportant à la lésion fonctionnelle qui est immédiatement produite; les autres indirects ou provenant des effets occasionnés dans l'organisme par cette lésion fonctionnelle.

Pour imposer à ces remarques générales sur les causes immédiates et la succession des phénomènes morbides,

dans les cas de diacrise qui nous occupent, une plus grande précision par des exemples, nous pouvons signaler pour le tube digestif les dyspepsies vermineuses. Les phénomènes de lésion des excrétions sont peu marqués, bien que pourtant dans quelques cas l'on voie se manifester des vomissements et des excrétions diarrhéiques, mais la présence des vers dont l'altération des produits sécrétés dans le tube digestif a été la cause première, détermine des phénomènes morbides directs par l'action que ces parasites exercent sur la surface interne des organes digestifs; et les symptômes fournis par la lésion des fonctions digestives et par les effets de cette lésion sur tout l'organisme, sont les symptômes dominants de la maladie. Dans les diacrises urinaires calculeuses, les premiers symptômes de la maladie se manifestent par l'action des produits de l'organe sécréteur de l'urine à l'état de diacrise sur les uretères et la vessie et par les anomalies qui surviennent dans l'excrétion des urines. Nous arriverions aux mêmes résultats en considérant successivement toutes les diacrises, qui consistent plutôt dans l'exagération des proportions de certains éléments composants des produits sécrétés que dans la production d'un véritable flux de ces produits : c'est que dans ces diacrises les phénomènes morbides proviennent du trouble des excrétions des produits sécrétés (1569), et tirent leur origine de l'influence anomale que ceux-ci exercent sur les organes qui les reçoivent, et à l'accomplissement des fonctions desquels ils sont spécialement destinés (1559, 1571).

CHAPITRE VI.

Diagnostic des diacrises.

Signes communs à toutes les diacrises en général.

1635. On doit considérer comme une diacrise toute maladie qui consiste dans une augmentation d'activité exagérée de la fonction d'un ou de plusieurs organes sécréteurs. La

sécrétion morbide qui en résulte est toujours suivie de modifications plus ou moins prononcées dans la composition du produit sécrété, dont la présence constitue le caractère séméiologique des diacrises.

Signes pathognomoniques d'une diacrise.

1636. Tous les phénomènes morbides appréciables deviennent des signes pathognomoniques de la présence d'une diacrise dès que leur nature démontre qu'ils sont nécessairement produits par l'action exagérée d'un organe sécréteur. Parmi ces signes, l'un des plus prononcés et le plus significatif de tous, c'est l'abondance insolite du produit sécrété, considérée indépendamment des éléments composants de ce produit sur lesquels porte principalement l'augmentation de quantité; ce signe se déduit de la présence d'une quantité exagérée du produit de la sécrétion dans les couloirs qui le reçoivent, ou du dépôt dans un temps donné d'une quantité plus grande que d'ordinaire de ce produit sur les surfaces et dans les réservoirs où il est versé; on le trouve aussi dans la manifestation d'excrétions exagérées de matières qui ne peuvent tirer leur origine que d'un organe sécréteur déterminé.

Des formes principales des produits sécrétés dans les diacrises.

1637. L'altération du produit d'une diacrise se montre sous deux formes qui correspondent chacune à des qualités particulières de ce produit. Dans l'une, les parties aqueuses prédominent en lui, et les parties salines, visqueuses ou coagulables, ainsi que les principes élémentaires spéciaux qui entrent dans sa composition normale, sont diminués de quantité au point que plusieurs d'entre eux n'y sont même plus appréciables; dans l'autre forme des diacrises, les principes élémentaires coagulables et salins du produit sécrété sont au contraire augmentés. Les qualités particulières que le produit de la sécrétion acquiert par suite de ces altérations s'annoncent par des changements dans ses propriétés physiques, et dans l'influence qu'il exerce sur les organes qui le reçoivent; là se trouvent les signes principaux de la présence des diacrises.

1638. Dans le premier cas, la quantité augmentée du produit sécrété est toujours beaucoup plus grande que dans le second; il est d'une densité et d'une plasticité moindres que dans l'état normal; il a une saveur moins forte, une odeur moins pénétrante, et toujours une couleur plus pâle que dans l'état sain; il flue en quantité exagérée par les voies d'excrétions sans mettre vivement en jeu l'irritabilité des parties qui les constituent. Dans le deuxième cas, la quantité du produit de la sécrétion est ordinairement augmentée à un degré beaucoup moindre, quoiqu'elle excède toujours, dans un temps donné, la quantité sécrétée dans l'état normal. Ce produit a toujours acquis des propriétés topiques plus stimulantes pour les surfaces où il se dépose; il est plus visqueux et plus concrescible, et s'il s'agit d'un produit coloré, il a une couleur plus foncée. C'est dans ces produits morbides occasionnés par ces formes de diacrises que se deposent les couches plastiques qui adhèrent aux parois des couloirs et des récipients, ces concrétions qui obstruent les canaux et forment des corps étrangers qui les offensent; c'est aussi dans ces produits où les qualités plastiques sont modifiées que naissent des entozoaires qui deviennent par eux-mêmes des causes d'accidents. La présence de ces hétéro-morphoses dans les couloirs et dans les récipients des sécrétions suffit encore pour indiquer la présence des diacrises, et devient ainsi un signe diagnostique.

Division des diacrises d'après la nature des altérations qu'elles apportent dans les produits des sécrétions.

1639. La distinction que nous venons d'établir entre les formes des diacrises, pour mettre en évidence leurs signes diagnostiques, sert de base à la division principale que nous faisons des maladies diacritiques pour chaque appareil de sécrétion; savoir : 1° les *diacrises hypercritiques*, ou celles qui modifient la sécrétion de manière à augmenter la quantité de ses produits, à rendre leurs couleurs plus prononcées, leur plasticité plus grande et leur action topique et stimulante plus active; 2° les *diacrises colliquatives*, ou les diacrises par suite desquelles la sécrétion est

modifiée de manière à former des produits plus abondants, moins concrescibles, moins colorés et moins stimulants pour les organes qui les reçoivent; 3° parmi les diacrises hypercritiques il en est qui n'ont que des symptômes indirects, ou au moins qui ont, comme signes principaux et presque exclusivement appréciables, les phénomènes qui résultent de la présence des hétéro-morphoses dont elles sont la cause médiate; c'est l'ensemble de ces phénomènes qui caractérise la maladie et c'est la condition qui résulte de la présence dans les couloirs des produits de sécrétion altérés qui la constitue; ces maladies sont les *emphraxies diacritiques*, dont nous traiterons séparément aussi pour chaque appareil de sécrétion ou d'excrétion; elles consistent surtout dans la présence d'un obstacle aux excrétions normales, tantôt par des concrétions anomales, et tantôt par des animaux parasites, des entozoaires dans les voies d'excrétion : de là leur division en *emphraxies pectiques* et *emphraxies helminthiques*.

Distinction à établir entre les hyperaimies hémorrhagiques et les diacrises.

1640. Les diacrises ne peuvent être confondues avec les maladies qui nous ont occupé jusqu'à présent. L'hyperaimie hémorrhagique (27) a bien la même apparence que la congestion sanguine qui se montre dans les organes sécréteurs comme phénomène principal dominant de l'orgasme diacritique (1561), mais cette ressemblance ne peut guère devenir une cause de confusion des diacrises avec les hémorrhagies imminentes parce que la plupart des organes sécréteurs sont profonds et ne peuvent frapper les sens par leurs qualités physiques. Quand même cette circonstance n'existerait pas, on trouverait toujours cette différence que dans les diacrises l'orgasme sécréteur, outre l'état d'hyperaimie qui est lié à sa présence, et qui est la cause immédiate principale de la tuméfaction qui ne manque pas dans ces cas, se caractérise surtout par une irritabilité insolite au contact des excitants. Cette irritabilité exagérée se montre par la douleur à la pression sur l'organe malade, par un

sentiment de gêne ou au moins de douleur gravative que le malade éprouve dans cet organe et par la douleur qu'y provoquent tous les actes physiologiques qui peuvent l'influencer directement ou médiatement. Les diacrises parotidiennes et mammaires sont des exemples de ces maladies dans lesquelles, en raison du siége extérieur des organes affectés, l'on peut aisément constater ces phénomènes principaux, qui contribuent à établir le diagnostic des diacrises.

Différences des diacrises et des hémorrhagies.

1641. Dans les diacrises, tous les phénomènes morbides indiquent que la fonction de l'organe où elles ont leur siége est augmentée d'activité, quoique modifiée dans ses résultats; cela n'arrive point dans les hémorrhagies, dont la présence suspend toujours l'action normale des sécréteurs où elles ont leur siége. On ne pourrait donc confondre les hémorrhagies avec les diacrises, même d'après leurs conséquences; dans celles-ci, les fonctions de l'organe malade ont un surcroît d'activité anomal; dans celles-là, elles sont suspendues. Le sang versé par des organes sécréteurs pour les hémorrhagies indique que ce fluide franchit sans être modifié les voies exhalantes et les couloirs d'excrétion; tandis que, pour les diacrises, la présence, même en excès, du produit de la sécrétion, quelques altérations qu'il ait subi, montre que l'élaboration sécrétoire continue, mais qu'elle s'accomplit d'une manière anomale.

Principes généraux du diagnostic des diacrises.

1642. Le diagnostic des diacrises comprend la connaissance et l'appréciation des signes par lesquels on peut reconnaître leur présence, et par lesquels on peut déterminer les conditions morbides essentielles auxquelles se rattache leur manifestation. Ces signes servent aussi à déterminer l'importance de la maladie diacritique lorsqu'elle est secondaire par rapport à l'état morbide dont elle est un résultat ou un accident, soit comme phénomène habituel, soit comme épiphénomène. Il importe toujours beaucoup de déterminer les conditions pathogéniques de l'existence des diacrises pour fixer les règles de leur curation ra-

tionnelle, car ces maladies sont très souvent des affections symptomatiques, et lors même qu'elles se montrent comme lésion morbide primitive, elles n'en sont pas moins dans la plupart des cas directement liées à des prédispositions morbigènes, à des conditions idiosyncrasiques qui ont un siége tout autre que la sécrétion modifiée, ou qui même sont des états généraux de tout l'organisme. La règle générale, pour arriver à ce diagnostic, c'est de considérer séparément cinq ordres de phénomènes dans les diacrises, et de déduire des signes par une analyse sévère de toutes les conditions morbides auxquelles se rapportent chacun de ces phénomènes; ainsi l'on doit distinguer :

1° Les phénomènes qui se rattachent immédiatement à la diacrise comme résultat direct : tels sont ceux qui proviennent de la présence en excès des produits de la sécrétion, comme les modifications de quantité et de qualité de ces produits appréciées directement ou par les signes qui indiquent la réplétion trop rapide ou trop considérable des réservoirs, la distension des couloirs, l'excrétion trop abondante des produits de sécrétion sur les surfaces, les obstacles au libre cours des excrétions par des concrétions ou des hétéro-morphoses nées dans le produit sécrété; toutes ces circonstances impliquent nécessairement l'existence de modifications de composition et de quantité dans les produits sécrétés.

2° Les phénomènes qui résultent de la diacrise comme effet secondaire. Ce sont ceux qui proviennent du trouble des fonctions à l'accomplissement desquelles concourt l'organe sécréteur par le produit même de sa sécrétion : tels sont les phénomènes de perturbation des fonctions digestives, par exemple, dans les diacrises du foie ou des cryptes gastro-intestinales.

3° Les phénomènes qui résultent directement de la présence de l'orgasme ou de la tugescence sécrétoire de l'organe affecté : telle est la tuméfaction avec douleur et

chaleur des parotides dans le ptyalisme, des glandes mammaires dans les diacrises laiteuses, etc.

4° Les phénomènes qui découlent de l'influence exercée sur l'organisme en entier ou sur certaines fonctions, autres que celles auxquelles concourt l'organe sécréteur affecté, par les effets immédiats ou secondaires de la diacrise, et par l'influence directe exercée sur l'économie par l'orgasme sécréteur vicié : tels sont la courbature, la débilité, les vertiges et même l'état fébrile quelquefois très intense, qui sont l'effet secondaire des diacrises hépatiques ou gastro-intestinales graves.

5° Les phénomènes qui se rattachent à la cause des diacrises lorsqu'elles ne sont que l'effet immédiat ou secondaire d'un état pathologique ou d'une condition anomale antécédente de l'organisme.

Tous les phénomènes compris dans ces cinq divisions ne se trouvent pas dans toutes les diacrises; mais la plupart de ces maladies se distinguent spécialement par quelques uns de ces phénomènes dominants, lesquels constituent alors les symptômes et les signes principaux de la maladie, comme on le voit par les monographies spéciales de chacune des diacrises.

CHAPITRE VII.

Prognostic des diacrises.

Comment s'établit en général le prognostic des diacrises.

1643. Le prognostic des diacrises s'établit d'après l'importance de l'organe sécréteur affecté quant à la fonction à laquelle il concourt, d'après l'intensité de la diacrise elle-même, et surtout d'après l'influence qu'elle exerce sur tout l'organisme; il est principalement modifié pour toutes ces maladies, par la nature de la cause qui les occasionne.

Prognostic d'après l'importance de l'organe affecté.

1644. Lorsqu'une diacrise a son siége dans un organe sécréteur peu étendu et dont les fonctions n'ont qu'une im-

portance secondaire, quelle que soit et quelle que puisse devenir son intensité, elle exerce peu d'influence sur l'organisme, et elle ne détermine le plus souvent pas d'autres accidents que ceux qui constituent les symptômes peu prononcés de sa présence. L'on n'a aucun danger à redouter pour la vie du malade par suite de cette maladie, mais l'on ne peut conclure de son peu d'importance un prognostic heureux quant à la guérison facile ou prochaine; un trop grand nombre de diacrises, même parmi les plus légères, ne cessent que très difficilement et avec beaucoup de lenteur. Toutes ces maladies laissent d'ailleurs toujours une extrême aptitude à se reproduire; souvent elles passent à l'état chronique, et quelquefois elles persistent pendant une partie de la vie comme une incommodité habituelle, une sorte de fonction supplémentaire, à la présence de laquelle l'équilibre de l'organisme s'accommode si bien, que sa cessation peut avoir des inconvénients. Pour citer des exemples de diacrises auxquelles peuvent s'appliquer ces remarques, nous indiquerons les leucorrhées, les phlegmatorrhagies, les diaphorèses locales, etc.

Prognostic d'après l'importance de la fonction lésée par la diacrise.

1645. Pour les diacrises des organes sécréteurs d'un grand volume ou d'une grande étendue, quand surtout la sécrétion de ces organes concourt à l'accomplissement d'une fonction importante, le prognostic de la maladie a une toute autre gravité. Ainsi l'orgasme sécrétoire détermine les phénomènes généraux d'une extrême perturbation dans l'économie, comme on le voit par exemple par l'état général d'adynamie et par la fièvre quelquefois jointe à de graves symptômes nerveux dont s'accompagnent les diacrises du foie ou celles de la muqueuse gastro-intestinale.

Le trouble de la fonction importante à laquelle concourt l'organe sécréteur, qui est le siége de la diacrise, devient aussi par lui-même une cause d'accidents qui rendent l'influence de la maladie sur l'organisme très fâcheuse. Ainsi le trouble des fonctions digestives, dans les diacrises hé-

patiques ou folliculeuses gastro-intestinales, entraîne un danger immédiat pour le malade, surtout quand la maladie se prolonge; la moins fâcheuse des suites qui en résulte est un état d'amaigrissement et de faiblesse extrêmes.

Prognostic d'après l'importance des déperditions diacritiques.

1646. L'étendue et le volume de l'organe affecté sont la mesure de l'abondance des produits de sécrétion que fait naître la diacrise dont il est le siége. Ces produits de sécrétion, augmentés de quantité, sont pour l'organisme une source de déperdition de liquides qui ajoute encore à la gravité des accidents qui proviennent de la suppression, ou au moins de l'accomplissement incomplet de la fonction à laquelle concourt la sécrétion altérée.

Des accidents qui indiquent la gravité des diacrises et de leur appréciation.

1647. Ce sont toujours de graves accidents que ceux qui résultent de la réunion de tous les phénomènes morbides des diacrises d'organes sécréteurs importants par leur volume et par leur étendue. Ces accidents ont une triple origine : ils proviennent de l'influence exercée sur toute l'économie par l'orgasme diacritique, des effets de la suspension ou au moins de l'imperfection d'une grande fonction, et enfin de la débilitation produite par les déperditions diacritiques rapides et considérables. Les diacrises dans lesquelles les accidents ont le plus de gravité sont les diacrises colliquatives : elles mettent souvent le malade en danger, et pour peu qu'elles soient intenses, elles deviennent promptement mortelles. En analysant tous les phénomènes de ces maladies d'après leur cause immédiate, on apprécie facilement leur gravité; elle s'exprime spécialement par la dépression du pouls qui croît d'instant en instant et qui indique que la circulation s'affaiblit, et par la prostration croissante des forces avec des accidents spasmodiques qui indiquent que les fonctions du système nerveux deviennent de plus en plus imparfaites. La manifestation de ces accidents nerveux dès le début des diacrises est, en général, un signe qui doit, quand il se présente, inspirer de vives inquiétudes. Dans les diacrises intenses qui compromettent

de grandes sécrétions et des organes importants, ces accidents nerveux se montrent le plus souvent dès l'invasion de la maladie, et précèdent et annoncent les symptômes graves aussi qui consistent dans les phénomènes d'altération de la fonction troublée, et dans les symptômes de lésion de la circulation. Le prognostic est alors d'autant plus fâcheux, que ces accidents nerveux sont plus intenses et se montrent plus dominants au début de la maladie, par rapport aux autres phénomènes morbides, et même par rapport à l'augmentation exagérée des excrétions expulsives des produits sécrétés. C'est ainsi qu'il n'y a aucune parité à établir quant au danger qu'il fait courir au malade entre un flux hépatique même très faible, et qui débute par des phénomènes spasmodiques dans les membres, et la même maladie dépourvue de ces accidents nerveux, mais occasionnant néanmoins une grande déperdition bilieuse. On voit rarement cette diacrise se terminer d'une manière fâcheuse, et même mettre en grand danger la vie du malade, tandis que la première est toujours des plus graves et occasionne quelquefois la mort.

Prognostic d'après la durée des accidents des diacrises.

1648. Les accidents que nous venons d'indiquer, comme motivant un prognostic grave, se rapportent à l'intensité de la maladie diacritique. S'ils persistent peu, ils peuvent ne pas ajouter à la gravité des suites de la diacrise; ils n'ont même pas ordinairement une grande influence sur ces suites dans les cas où ils ont acquis un haut degré d'intensité, pourvu qu'ils se soient promptement dissipés; ils diffèrent en cela des accidents que la maladie occasionne par la grande abondance de la sécrétion qu'elle détermine, ceux-là qui consistent spécialement dans des phénomènes de prostration et d'épuisement, laissent toujours après eux une faiblesse qui n'est réparée qu'avec une extrême lenteur même dans les cas les plus heureux; dans les cas les plus graves la faiblesse peut être portée au point de n'être plus réparable, et de déterminer la mort des malades. Les diacrises gastro-

intestinales colliquatives, et surtout celles que constituent les cholera-morbus, peuvent être citées comme exemple de maladies auxquelles s'appliquent le plus ordinairement ces règles de prognostic.

Prognostic d'après le mode d'action des causes productrices des diacrises.

1649. La considération des causes productrices des diacrises est d'une grande importance pour le prognostic. Dans notre manière de concevoir l'origine de ces maladies, les causes qui les font naître n'exercent point une simple action locale sur l'organisme, sauf pour les cas où elles sont de nature à affecter immédiatement un organe sécréteur d'une manière physique ou mécanique; le plus souvent la diacrise n'est qu'un résultat de deuxième ou de troisième ordre de l'effet immédiat de la cause productrice de la maladie; dans les cas mêmes ou la cause semble exercer l'influence la plus immédiate sur la production de la diacrise, il y a souvent encore nécessité d'admettre une condition morbide intermédiaire (1612). Ainsi, chez un sujet qui contracte une diarrhée séreuse par l'immersion des pieds dans l'eau froide, ou par le contact d'un courant d'air frais avec les téguments de l'abdomen ou des lombes, il faut toujours reconnaître la perturbation des fonctions de la peau interposée comme condition morbide initiale entre la cause extérieure, puis la réaction qui suit cette perturbation, et dont la diarrhée séreuse n'est qu'un phénomène quelquefois beaucoup moins grave que les autres phénomènes de sécrétion, et, par exemple, que l'état fébrile qui marque souvent l'invasion des accidents dans ces cas. Il résulte de cette remarque, que nous justifions par un exemple pris d'un cas de maladie des plus simples, que la manifestation, l'intensité et la durée de la diacrise, doivent s'apprécier nécessairement d'après l'importance des phénomènes initiaux, qui sont comme interposés entre la cause extérieure à l'organisme et l'effet pathologique diacritique qui se produit définitivement. Ainsi, chez le sujet qui aura contracté une diarrhée séreuse par une suspension

subite des fonctions de la peau sous l'influence du froid, aussi longtemps que la peau restera sèche, et que l'état général de malaise, de frisson, de courbature qui se produit surtout dans ces cas au début de la maladie, persistera, il ne faut pas s'attendre à voir se terminer la diacrise intestinale, on doit même compter qu'elle s'aggravera, ou au moins qu'elle persistera avec intensité jusqu'à ce que les premiers phénomènes initiaux aient cessé, ou jusqu'à ce qu'un état de réaction fébrile ait rétabli l'équilibre. On retrouve des phénomènes de même ordre pour toutes les diacrises aiguës et pour un grand nombre de diacrises chroniques, et c'est principalement sur eux que doit se bâser le prognostic. Les diacrises cholériques manifestent au plus haut degré ces accidents, et c'est aussi par eux que l'on peut prévoir les accidents ultérieurs : si la réaction est facile et prompte, les accidents diacritiques sont suspendus et la guérison est facile; si elle est difficile et lente, la diacrise ne s'arrête pas complètement, et les forces du malade peuvent être épuisées par la continuité de cet état mixte d'une réaction qui se développe difficilement et se prolonge sans devenir complète et par conséquent efficace, et d'une diacrise qui tout en ayant perdu de son intensité initiale, continue cependant à occasionner des déperditions de liquides par la surface muqueuse gastro-intestinale.

Prognostic des diacrises d'après les états morbides dont elles sont les symptômes.

1650. Les diacrises qui se manifestent pendant le cours d'un état morbide antécédent, tirent leur prognostic de cet état morbide, de sa nature, de son intensité, et de ses rapports avec la production immédiate de la diacrise (1613). Nous ne pouvons, en parlant des diacrises en général, préciser toutes les circonstances qui influent sur le prognostic dans ces cas, parce qu'elles varient pour chaque forme de diacrise, nous nous bornons à signaler les conditions principales des maladies antécédentes qui motivent le prognostic. Si la diacrise se montre comme symptôme d'une maladie chronique, qui exerce une grande influence sur la nutrition, elle con-

tribue à épuiser le malade par les déperditions qu'elle occasionne, elle constitue un symptôme de fâcheux prognostic; si cette maladie se montre au contraire dans le cours d'une maladie aiguë, et se manifeste spécialement au déclin des exacerbations paroxystiques de cette maladie, elle n'a jamais un assez haut degré de gravité pour devenir inquiétante, elle est au contraire le plus souvent un phénomène morbide dont il faut s'applaudir, et après la manifestation duquel on voit les accidents morbides initiaux, sinon cesser complétement, au moins diminuer beaucoup d'intensité. C'est cette forme de diacrise à laquelle appartient spécialement la qualification de critique, et pour l'issue de laquelle il faut porter un heureux prognostic.

1651. Il y a un grand nombre de maladies dont la diacrise fait partie comme phénomène en quelque sorte composant, lié dans sa manifestation à la succession des accidents morbides constitutifs; telles sont, par exemple, les diacrises diaphorétiques pour les fièvres intermittentes. Le prognostic de ces diacrises se déduit de la marche connue de ces maladies, sans omettre cependant de tenir compte des diacrises considérées en elles-mêmes, et quant aux accidents qu'elles occasionnent directement par les phénomènes nerveux qu'elles peuvent provoquer, ou quant à leur influence nécessaire sur l'organisme par les déperditions de liquides qu'elles déterminent.

CHAPITRE VIII.

Thérapeutique des diacrises.

1652. Les diacrises étant, dans le plus grand nombre des cas, des maladies qui n'exercent sur l'organisme et sur les fonctions des organes sécréteurs qu'elles affectent, qu'une influence peu considérable, au moins à l'état aigu, n'exigent presque jamais qu'on dirige contre elles une médi- De la médication expectante contre les diacrises.

cation curative d'une certaine activité. La maladie parcourt habituellement ses périodes avec facilité sans occasionner de graves accidents; elle s'atténue et cesse progressivement sous l'influence des simples précautions qui constituent la médication expectante. Ces précautions ont surtout pour but d'éloigner toutes les causes extérieures qui pourraient ajouter à l'intensité des phénomènes morbides ou exercer sur l'organisme une influence perturbatrice qui aggraverait la maladie, et de mettre par un régime convenable tous les organes dans le plus grand repos possible.

1653. Cette méthode curative expectante comporte cependant l'emploi méthodique de moyens thérapeutiques prescrits en vue d'atténuer les accidents diacritiques surtout, pour celles de ces maladies qui tendent à passer à l'état chronique (1644). Ces moyens sont choisis dans le sens d'indications qui se rapportent à la cause immédiate de ces accidents, laquelle se trouve, soit dans l'état de turgescence de l'organe sécréteur siège de la diacrise (1617), soit dans l'influence que cet état de turgescence exerce sur l'organisme comme foyer d'irritation, soit dans l'influence immédiate des produits de la sécrétion altérée sur les organes qui les reçoivent (1634).

Des moyens qui ont pour effet de modérer la turgescence diacritique.

1654. On modère la turgescence de l'organe sécréteur par les topiques émollients appliqués immédiatement pour les organes externes, et médiatement pour les sécréteurs internes en mettant ces topiques sur les parties externes du corps contigues. On agit immédiatement de la même manière sur les sécréteurs internes de la muqueuse gastro-intestinale et utéro-vaginale par les boissons et les injections émollientes. On complète cette médication en prescrivant contre les diacrises des sécréteurs internes et externes, des topiques humides et émollients appliqués sur toute la surface tégumentaire externe, soit sous la forme de bains, soit sous celle de fumigations de vapeurs humides, de lotions aqueuses et émollientes, etc.

Ces remèdes topiques agissent évidemment comme sédatifs de la circulation capillaire, et par conséquent de l'action organique des sécréteurs (1676). Il faut toujours tenir compte, dans le choix de tous ces moyens thérapeutiques et dans la mesure qu'on donne à leur activité, de leur influence sur la circulation périphérique qui résulte des modifications qu'ils apportent à la pression atmosphérique et à la densité de l'air. Cette influence s'apprécie facilement par rapport à l'activité de la circulation chez le malade, et par rapport à l'importance de cette fonction dans l'organe sécréteur qui est le siége de la diacrise.

De l'utilité des topiques émollients et sédatifs pour modérer l'intensité de l'orgasme diacritique.

1655. L'influence exercée sur tout l'organisme comme par un foyer d'irritation, par la turgescence sécrétoire de l'organe qui est le siége de la diacrise (1616), se modère d'abord par les topiques relâchants et sédatifs qui agissent sur l'organe sécréteur (1676); elle s'atténue ensuite par les moyens qui émoussent l'irritabilité des grandes surfaces sensibles, abondamment pourvues de nerfs et de vaisseaux (1673 *et sqq.*). Parmi ces moyens dont l'effet est ressenti à la fois par l'appareil circulatoire et le système nerveux, il faut mettre en première ligne l'administration des bains et des boissons préparés avec des liquides mucilagineux d'une température tiède ou même presque froide. L'absorption de ces liquides ajoute à leur action topique sur de grandes surfaces; elle augmente la quantité des principes aqueux du sang, rend plus faciles toutes les sécrétions, et tous leurs produits moins riches en principes coagulables et salins (1621). Le résultat de ces effets est de diminuer nécessairement l'état d'excitation de l'appareil circulatoire, la turgescence diacritique des organes sécréteurs, l'action stimulante et quelquefois irritante que les produits diacritiques exercent sur les surfaces qui les reçoivent. Cette médication favorise d'ailleurs la manifestation si heureuse des sécrétions critiques qui se produisent comme des résultats de la réaction qui s'allume pendant le cours de certaines diacrises (1567).

1656. Tous ces moyens thérapeutiques seraient sans utilité si le médecin n'avait pas compris qu'avant tout un régime diététique, d'une sévérité appropriée à l'intensité des accidents, doit être recommandé, pour atténuer les effets sur l'organisme de l'influence toujours irritante d'un état morbide général ou local (93); il est d'ailleurs aussi toujours nécessaire de suspendre ou au moins de rendre aussi peu actives que possible, même les stimulations exercées par le seul accomplissement des fonctions.

Médication appropriée à l'effet nuisible qu'exercent sur les couloirs ou sur les surfaces qui en reçoivent le dépôt les produits des diacrises.

1657. Si les produits de la diacrise occasionnent dans les couloirs et sur les surfaces où ils se déposent, un effet topique, résultant de leurs quantités ou de leurs qualités, qui puisse devenir pour ces organes une cause de souffrance (1634), le médecin doit favoriser l'excrétion de ces produits, ou au moins atténuer leur action topique. On obtient ce dernier effet indirectement en administrant au malade certains médicaments qui peuvent, en pénétrant par absorption dans l'organisme, changer la qualité des produits diacritiques; c'est ainsi qu'on fait disparaître l'acidité du produit de sécrétion des reins et qu'on émousse l'action topique stimulante des urines, en faisant pénétrer des liquides alcalins par l'absorption cutanée ou gastro-intestinale. L'on arrive directement aux mêmes résultats pour les produits de sécrétion qui sont déposés dans les couloirs où l'on peut faire immédiatement pénétrer des liquides, en y ingérant de l'eau ou des décoctions émollientes; ainsi les boissons abondantes, les clystères fréquemment répétés avec des liquides aqueux, huileux, mucilagineux, suspendent ou au moins tempèrent les accidents que produit le dépôt dans le tube digestif des fluides altérés qui proviennent des parois ou des glandes annexes de l'appareil gastro-intestinal. Les liquides ainsi injectés, en se mêlant au produit de la diacrise et en l'entraînant avec eux, ont aussi un effet évacuant; ils l'ont encore à un plus haut degré quand on agit en même temps, comme il est souvent utile de le faire, par

des médicaments propres à déterminer des sécrétions et des excrétions plus abondantes, et par conséquent dont les produits sont moins élaborés et moins stimulants (1667).

Indications qui résultent de l'intensité des phénomènes réactionnels au début des diacrises.

1658. Les diacrises présentent souvent comme phénomène initial, qui se prolonge quelquefois pendant toute leur période d'augment, des accidents morbides généraux, pyrétiques dans la plupart des cas, qui ne peuvent être attribués qu'à l'influence sur l'organisme de l'effet immédiat de la cause morbigène (1613). Ces phénomènes ne sont point sous l'empire de l'état de turgescence de l'organe où siége la diacrise; dans les cas ordinaires, ils n'acquièrent qu'une intensité modérée qui n'indique pas d'autre moyen que ceux de la médication expectante.

Lorsque ces symptômes réactionnels se manifestent pendant le cours d'une diacrise, ils la modifient le plus souvent d'une manière utile, en déterminant des flux critiques par d'autres organes sécréteurs que ceux qui sont primitivement affectés (1567). Dans ces cas encore, ces phénomènes n'indiquent pas, lorsqu'ils ont une intensité modérée, ce qui est le plus ordinaire, une autre médication que la méthode expectante. Toutefois il suffit toujours de leur présence, à quelque période de la maladie qu'ils se montrent, pour qu'il faille mettre plus de sévérité dans la médication expectante, en prescrivant le plus grand repos possible de tous les organes, et l'éloignement de toutes les causes de stimulation générale et locale.

Des indications thérapeutiques spéciales qui se rapportent à l'intensité ou aux épiphénomènes des diacrises.

1659. La médication expectante, même en y joignant les moyens qui peuvent être nécessités par les indications spéciales que nous venons de déterminer, ne suffit pas pour la curation des diacrises intenses, surtout lorsqu'elles présentent des anomalies dans leur marche, par suite de l'intensité insolite de quelques uns de leurs phénomènes, ou par l'adjonction d'épiphénomènes graves.

1660. L'intensité des diacrises, qui fournit des indications directes pour une médication active, consiste dans l'inten-

sité des phénomènes de la turgescence sécrétoire dans l'organe affecté (1579), ou dans la violence des symptômes réactionnels qui se montrent au début et pendant toute la période d'accroissement de la maladie (1567); que ces accidents dépendent de l'influence exercée sur tout l'organisme, et principalement sur l'appareil circulatoire, par l'état de turgescence de l'organe sécréteur (1561 *et sqq.*), ou de l'action irritante topique du produit de la diacrise sur les couloirs qu'il traverse ou sur les surfaces qui le reçoivent (1559, 1570).

1661. Quand les diacrises se manifestent avec ces caractères d'intensité, les indications rationnelles principales pour leur curation, se déduisent de la forme et de la nature des accidents. Dans la plupart des cas, ces accidents consistent principalement dans un état pyrétique ou au moins dans une activité prononcée et anomale de l'appareil circulatoire (1562); dans les cas moins nombreux, c'est surtout par la perturbation, la surexcitation des fonctions du système nerveux, que se montre l'intensité anomale de la maladie (1579). Ces deux formes des diacrises intenses, qui assez souvent se combinent à un certain degré l'une avec l'autre, de manière à donner à la maladie une forme mixte, exigent une médication différente : quand les phénomènes d'intensité des diacrises portent principalement sur la circulation, il faut diriger directement la curation de manière à déprimer l'activité de cette fonction; c'est au contraire sur les fonctions du système nerveux que doit porter l'effet des moyens thérapeutiques propres à atténuer l'intensité des accidents morbides, lorsque c'est sur ces fonctions que la maladie exerce au plus haut degré son influence. Dans le premier cas, les moyens thérapeutiques sont les émissions sanguines générales et locales, et les sédatifs directs de la circulation; dans le deuxième cas, ces moyens sont principalement pris parmi les agents thérapeutiques qui agissent comme sédatifs sur le système nerveux.

Pour apprécier rationnellement les effets de ces moyens et les indications qui doivent diriger leur administration, il faut les envisager comme propres à remédier aux accidents qui appartiennent à l'intensité des diacrises et aux conditions morbides constitutives de ces maladies; car ces choses sont inséparables et doivent également préoccuper le médecin.

Indications des émissions sanguines dans les diacrises.

1662. Chez tous les sujets qui sont, non pas seulement d'un tempérament sanguin, mais même d'une constitution qui comporte une certaine activité de l'appareil circulatoire et qui n'exclut pas la possibilité des réparations assez faciles des déperditions de fluides, on retire toujours la plus grande utilité des émissions sanguines générales contre les diacrises intenses. La saignée a pour effet de diminuer directement les phénomènes de réaction pyrétique, d'atténuer l'intensité de la turgescence diacritique, de rendre la sécrétion anomale moins considérable, de calmer les douleurs que les malades éprouvent par suite de la turgescence de l'organe sécréteur affecté, et quelquefois par la présence des produits des sécrétions dans les couloirs d'excrétion et dans les réservoirs où ils se déposent; elle diminue également l'intensité de l'irritation que les surfaces des couloirs et des récipients des produits diacritiques subissent dans certaines diacrises à un si haut degré que les symptômes qui en résultent sont les accidents les plus intenses de la maladie.

1663. Pour achever d'indiquer les bons effets des émissions sanguines contre la plupart des diacrises graves, il faut aussi signaler l'influence exercée par ce moyen thérapeutique sur la manifestation des excrétions par lesquelles se jugent le plus souvent les phénomènes réactionnels intenses qui surviennent dans les diacrises (1567). Ces excrétions par les sueurs, par les urines, par la surface intestinale, ne sont que le résultat de diacrises secondaires, que la réaction a pour effet de déterminer et de substituer ainsi à la maladie

primitive. Leur apparition est toujours d'un heureux augure; elle ne survient jamais au plus haut degré d'acuité des accidents; elle ne s'établit même le plus souvent que lorsqu'ils commencent à diminuer; parmi les moyens thérapeutiques les plus propres à la déterminer, les émissions sanguines sont ceux sur lesquels il faut compter avec le plus de confiance.

Mesure dans laquelle il faut pratiquer les émissions sanguines contre les diacrises.

1664. Les émissions sanguines doivent être appropriées pour leur quantité à l'intensité des accidents morbides (1579), à la constitution du sujet et à ses habitudes d'hémorrhagies spontanées ou factices (57, 58). Dans presque tous les cas, il vaut mieux pratiquer les saignées avec réserve dans les diacrises, et les réitérer, que de faire tout d'un coup de très abondantes émissions sanguines; la turgescence diacritique n'entretient pas sur les organes sécréteurs qu'elle affecte de ces hyperaimies extrêmes qui vont facilement jusqu'à l'extravasation sanguine, comme celles qui se rapportent aux hémorrhagies (24 *et sqq.*) ou aux inflammations; elle n'exerce pas, et les causes des diacrises n'occasionnent pas aussi une influence stimulante générale si énergique sur la circulation qu'il faille toujours une action très puissante et très rapide, opérée sur l'appareil vasculaire, pour atténuer l'action de cet appareil et la faire rentrer dans les limites de son activité normale.

Les contr'indications des émissions sanguines dans les diacrises, ne se trouvent point dans la forme névropathique des symptômes, quelque intense qu'elle soit, pourvu qu'il n'y ait pas oligaimie véritable (53) ou épuisement (1576). Le plus souvent on obtient même une diminution dans les accidents nerveux par la saignée seulement. Il ne faut pourtant pas que ce moyen fasse mettre en oubli l'usage des antispasmodiques indiqués par les accidents nerveux.

Indications plus spéciales des émissions sanguines locales.

1665. L'épuisement du malade, soit qu'il résulte de causes antécédentes à la maladie, soit qu'il résulte de la diacrise elle-même, très abondante et colliquative (1575), ou durant

depuis un temps déjà assez long (1576), est une contr'indication directe aux émissions sanguines chez les sujets affectés de diacrises. On peut tout au plus, dans ce cas, y recourir comme à un moyen d'atténuer l'intensité de la turgescence diacritique, et c'est alors aux émissions sanguines locales qu'il faut donner la préférence. On les applique dans le voisinage de l'organe malade, de manière à évacuer directement ou médiatement ses vaisseaux, et l'on agit ainsi sur la sécrétion morbide, en affaiblissant la turgescence sécrétoire par l'évacuation des vaisseaux de l'organe qu'elle affecte. On tire quelquefois de grands avantages de ce moyen thérapeutique, mais il ne faut pourtant pas y attacher une trop grande importance. Il est d'abord impossible, pour la plupart des organes sécréteurs, de vider directement leur appareil vasculaire, et ensuite dans presque toutes les diacrises, la condition morbide sécrétoire est subordonnée à l'effet de causes dont l'action n'a pas été circonscrite sur un seul organe, en sorte que toute la maladie n'étant pas seulement dans l'état anomal de l'organe sécréteur, on ne retire presque aucune utilité d'un moyen qui n'a qu'une action limitée sur la portion de l'appareil vasculaire propre à cet organe.

Indication de l'emploi des moyens propres à atténuer l'activité circulatoire comme remèdes des diacrises.

1666. Pendant que les phénomènes réactionnels des diacrises et l'intensité de la turgescence sécrétoire sont atténuées par les émissions sanguines, on doit agir par d'autres moyens propres à déprimer la suractivité qui se manifeste dans les fonctions circulatoires. Ces moyens agissent d'une manière indirecte, en rendant moins active la stimulation exercée sur l'appareil circulatoire et sur tous les organes par le sang, ou d'une manière directe, en déprimant par leur action spéciale la vitalité des organes de la circulation.

1667. C'est pour parvenir à provoquer une action indirecte sur l'activité de la circulation, en atténuant le sang ou les matériaux qui le renouvellent, que l'on conseille dans les diacrises graves une abstinence complète ou presque com-

plète d'aliments, ou au moins le choix des aliments parmi les substances végétales, aqueuses, non azotées, et ne contenant point de principes volatils stimulants. On se propose aussi d'atteindre le même but en administrant au malade une grande quantité de boissons aqueuses, insipides, facilement absorbées. Cette médication est d'autant plus active que les voies d'absorption sont plus nombreuses; c'est pourquoi l'on fait pénétrer en même temps les liquides aqueux par absorption sur la muqueuse gastro-intestinale, sur celle du rectum et sur la surface de la peau (1657).

1668. Les médicaments par lesquels on se propose d'exercer une action déprimante directe sur l'appareil circulatoire, pour diminuer secondairement les sécrétions, ne nous semblent jusqu'à présent qu'au nombre de deux, qui sont la digitale et le nitrate de potasse.

La digitale pourprée, par son action sédative sur l'appareil circulatoire, qui se décèle surtout par la diminution de la fréquence du pouls, nous a toujours paru exercer une influence des plus prononcées sur les diacrises, et spécialement sur celles qui s'accompagnent d'un état d'orgasme sécrétoire intense. Cet effet utile est rendu encore plus complet par l'action puissamment diurétique que cette substance joint à son action déprimante sur le cœur; c'est même par la diurèse qu'elle occasionne que se montre d'abord l'influence de ce médicament (1627); la diacrise rénale qui en résulte est souvent si active qu'elle provoque un flux d'urine qui équivaut pour ses effets immédiats à une déplétion sanguine considérable.

Le nitrate de potasse est la seconde substance médicamenteuse à laquelle nous reconnaissons une action sédative sur la circulation qui se décèle par une diminution à la vérité peu considérable dans la fréquence du pouls, et surtout par une dépression très marquée dans la force des contractions du cœur, et par conséquent des diastoles artérielles. Nous ne connaissons point de médicament d'un effet plus cons-

tant, pourvu qu'on l'administre à une dose élevée, comme une demi-once et même une once, une once et demie dans les vingt-quatre heures. Le nitrate de potasse, comme la digitale pourprée, n'agit pas que sur l'appareil circulatoire; ce sel augmente aussi rapidement et à un haut degré la sécrétion des reins, à tel point que, lorsqu'on n'a pas l'habitude d'observer ses effets, on se défend difficilement de penser que son action sédative sur la circulation soit autre que le résultat indirect des déperditions urinaires qu'il provoque. L'action du nitrate de potasse sur les reins, quoique certaine et continue dans la plupart des cas, comme celle de la digitale, est toujours plus rapide; elle en diffère aussi en ce qu'elle est quelquefois remplacée par une diaphorèse considérable, ce qui n'arrive jamais après l'administration de la digitale. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte pour le nitrate de potasse comme pour la digitale, de cet effet diurétique qui concourt à la guérison de certaines diacrises comme moyen de déplétion, et en agissant par une sorte de dérivation diacritique, pourvu pourtant que la maladie que l'on a à combattre n'ait pas son siége dans les organes sécréteurs sur lesquels porte spécialement l'effet stimulant de ces remèdes (1626).

Indication de l'emploi des anti-spasmodiques contre les diacrises.

1669. Dans les diacrises qui présentent comme phénomènes habituels ou insolites des accidents nerveux, l'emploi des médicaments antispasmodiques est spécialement indiqué; toutefois il ne faut pas accorder, dans ces cas, à l'effet de ces médicaments une trop grande confiance: ou les accidents spasmodiques sont les symptômes d'une trop vive turgescence diacritique, et de l'influence générale qu'elle exerce sur toute l'économie, et dans ce cas, les moyens qui sont propres à la diminuer, comme les émissions sanguines (1662 *et sqq.*), les délayants (1667), les sédatifs de la circulation, remédient aussi aux accidents nerveux; ou ces accidents dépendent de l'abondance et de la rapidité du flux diacritique, comme cela se voit dans les diacrises colliqua-

tives, comme par exemple dans le choléra-morbus, ou bien encore de ce que l'organe qui est le siége de la diacrise, exerce sur toute l'économie une grande influence par son irritabilité; dans l'une comme dans l'autre condition morbide, les accidents nerveux doivent être combattus et le sont en effet avec avantage par les moyens de traitement qui suppriment directement la diacrise, ou qui suspendent ou modifient l'influence nuisible que les produits diacritiques exercent sur les surfaces qui les supportent. Ainsi, pour la première condition morbide, on fait cesser les accidents nerveux du choléra en suspendant la diacrise cholérique colliquative, et pour la deuxième condition morbide, on fait cesser les accidents nerveux qui résultent de la présence des calculs hépatiques dans les canaux cholédoques, ou ceux qui se lient à la présence d'une couche saburrhale dans l'estomac ou de vers dans les intestins, en faisant cesser ces contacts qui ne sont suivis de symptômes nerveux que parce qu'ils mettent en jeu d'une manière vicieuse la sensibilité des surfaces sur lesquelles ils agissent.

Des moyens de réprimer les diacrises en agissant sur les organes sécréteurs malades.

1670. Ces observations nous conduisent à parler des moyens thérapeutiques par lesquels on se propose de diminuer l'acte sécréteur anomal qui constitue la diacrise. En faisant ressortir dans les précédents paragraphes, les avantages qu'on peut tirer des moyens qui modèrent l'activité de la circulation, soit directement, soit indirectement (1665 *et sqq.*), nous avons déjà insisté sur la diminution de l'orgasme sécrétoire, et par conséquent sur la diminution des diacrises qui résulte nécessairement de cette médication; il nous reste à indiquer comment, dans la vue de supprimer ces diacrises, on peut agir sur les organes sécréteurs.

Les moyens de traitement que l'on administre contre les diacrises, dans le but de suspendre l'acte sécréteur anomal qui s'accomplit, sont tous les moyens stimulants à l'aide desquels on provoque, sur des parties internes ou

externes, une stimulation qui peut aller jusqu'à y déterminer une phlogose prononcée, ou simplement un certain degré d'irritation qui appelle sur elles une vitalité plus intense, et dans les organes sécréteurs qui s'y rencontrent une plus grande activité. Cette médication comprend pour les moyens extérieurs, tous les topiques stimulants et irritants de tous les degrés d'action, depuis les simples bains stimulants, depuis les légères frictions excitantes jusqu'aux bains et aux douches avec des liquides alcalins irritants des plus actifs, jusqu'aux ustions cutanées et aux épispastiques; pour les moyens internes, les médicaments stimulants et irritants, depuis les plus légers jusqu'à ceux qui ébranlent le plus fortement l'organisme; les laxatifs, les purgatifs les plus prononcés, les vomitifs, les médicaments diurétiques et sudorifiques, sont compris parmi les remèdes qui ont cette manière d'agir. Tous ces moyens thérapeutiques appellent sur certaines parties et sur des organes sécréteurs déterminés une suractivité de la circulation capillaire et des sécrétions qui peut se développer, et se développe en effet souvent, au détriment de la condition morbide diacritique antécédente, laquelle se trouve ainsi diminuée et pour ainsi dire détournée sur de nouveaux organes. Ces remèdes agissent en substituant une action organique anomale dans l'organisme, à celle qui constitue la condition essentielle de la maladie (1627); il faut, pour régler leur administration, modérer leurs effets de manière à ce qu'ils n'aggravent pas les phénomènes anomaux occasionnés par l'état morbide qu'il s'agit de faire cesser (1626).

Des moyens qui agissent directement sur les sécréteurs affectés de diacrises pour supprimer leur action anomale.

1671. Quand les organes sécréteurs qui sont le siége des diacrises, sont situés sur des surfaces accessibles aux moyens externes, ou même seulement quand ils ouvrent leurs canaux d'excrétion sur ces surfaces, on peut agir immédiatement sur elles pour provoquer la cessation des diacrises. Les moyens auxquels on a recours dans ce but sont

assez nombreux, et diffèrent par leur manière d'agir. Les uns modifient l'état morbide en condensant le tissu de l'organe sécréteur malade, de manière à rendre plus difficile et plus lent le travail de séparation et de transformation moléculaire qui se fait dans ses utricules; à cette classe de moyens appartiennent les topiques styptiques et astringents, qui sont portés directement sur les organes sécréteurs où siège la maladie, et qui agissent chimiquement sur les molécules de leurs tissus. Les autres agissent directement sur la vitalité ou sur la circulation capillaire de ces organes; l'action sédative ou déprimante qu'ils exercent de cette manière suspend la sécrétion anomale et fait ainsi cesser la diacrise. La troisième sorte de moyens à l'action topique desquels on a recours contre les diacrises, exercent sur les organes sécréteurs malades une action stimulante ou même irritante, dont le mode varie selon la nature des moyens thérapeutiques, mais est, dans tous les cas, différente de l'irritation spéciale qui correspond à l'orgasme sécrétoire dans l'organe affecté. Provenant d'une cause externe et substituée à l'irritation diacritique, l'irritation occasionnée par ces topiques participe de l'état de phlogose qui dessèche les sécrétions dont il affecte les organes; elle tend à s'effacer et ne détermine aucun accident tant qu'elle n'a pas une certaine intensité.

Indications spéciales de l'emploi des topiques astringents et styptiques contre les diacrises.

1672. Les médicaments qui agissent sur la structure moléculaire des organes sécréteurs par des propriétés styptiques ou astringentes, occasionnent toujours une action irritante plus ou moins intense; si la diacrise occupe un organe très irritable, si elle a un haut degré d'intensité, et surtout si elle s'accompagne d'un orgasme sécrétoire très prononcé, cette action topique porte à l'excès l'activité de la circulation capillaire et l'irritabilité de l'organe et convertit la turgescence diacritique en une phlegmasie.

On ne peut recourir avec avantage et surtout sans crainte d'accidents, à l'usage des topiques astringents et stypti-

ques que lorsque la turgescence diacritique est presque nulle ou a cessé sous l'influence d'une médication convenable (1662, 1667), et que dans les cas ou l'organe sécréteur, qui est le siége de la maladie, n'est pas dans un état d'irritabilité extrême, et surtout n'est pas le siége d'une hyperaimie prononcée. C'est seulement dans ces conditions, qui sont spécialement celles des diacrises aiguës arrivées à leur période de déclin, ou qui tendent à la chronicité ou qui sont même déjà à l'état chronique, que les topiques astringents et styptiques conviennent, suivant l'intensité de la maladie et selon les conditions dans lesquelles sont les organes qu'elle affecte. On détermine la préférence à donner à tel ou tel des moyens qui agissent de cette manière en interrogeant, par des tentatives prudentes, la susceptibilité des organes; on modère ensuite l'activité des divers médicaments de cette nature en faisant varier leur dose, et par leur union avec des substances sédatives dont l'action porte spécialement sur la vitalité ou sur la circulation capillaire de l'organe malade.

Indications spéciales de l'emploi des topiques sédatifs contre les diacrises.

1673. Les médicaments topiques qui agissent sur les organes sécréteurs, en exerçant une action déprimante sur leur vitalité et sur la circulation qui s'accomplit en eux, doivent être distingués d'après le mode et le degré de leur action en topiques émollients ou relâchants simples, et en topiques sédatifs proprement dits.

1674. Les topiques émollients et relâchants (1665, 1667) agissent principalement par leur chaleur tiède et leur humidité; ils diminuent la force d'aggrégation des molécules composant les tissus, et produisent ainsi un effet qui est une condition de vitalité affaiblie dans toutes les parties vivantes; ils rendent l'irritabilité moins vive et jettent dans un état incontestable d'atonie et de faiblesse tous les actes organiques qui s'accomplissent dans le sein des parties sur lesquelles ils agissent.

Ces topiques relâchants conviennent à tous les degrés

intenses et surtout aux périodes d'accroissement et d'état des diacrises aiguës; ils sont d'autant plus utiles que ces diacrises sont plus intenses. Sous leur influence, l'orgasme sécrétoire s'affaiblit, l'irritabilité de l'organe se calme, et l'activité de la circulation diminue évidemment dans son appareil vasculaire. Dans les diacrises chroniques, lorsque la sécrétion anomale continue par une sorte d'habitude et par un état d'atonie, et comme de relâchement de l'organe sécréteur (1620), ces topiques ne conviennent plus, ils ne seraient propres qu'à rendre le flux encore plus abondant; les topiques styptiques et astringents sont alors indiqués.

Indications pour l'emploi des topiques relâchants et émollients sur les organes sécréteurs affectés de diacrises.

1675. Les topiques relâchants et émollients sont de tous les moyens ceux dont l'action peut s'exercer par contiguité et à distance avec le plus d'efficacité. Leur effet immédiat déprimant se transmet à une certaine distance du lieu de leur application, et l'on en tire les plus grands avantages, même dans les diacrises d'organes sécréteurs profonds, en les appliquant sur les parties correspondantes des téguments externes; toutefois, il ne faut jamais manquer, pour que cet effet médiat soit utile, de le produire sur une surface très étendue (1667).

1676. Les bons effets des topiques émollients ne restent pas limités aux organes sécréteurs dans les diacrises, ils portent aussi sur les organes qui transmettent ou qui reçoivent les produits de sécrétion (1655); de cette manière, ils agissent encore sur les organes sécréteurs eux-mêmes, en raison de la connexion synergique qui lie ces derniers aux réservoirs de leurs produits ou aux organes destinés à recevoir ces produits (1595); il agissent alors d'après cette connexion synergique qui fait que tous les modes d'action des moyens topiques qui portent sur ces réservoirs ou sur les surfaces où aboutissent les canaux d'excrétion, sont suivis d'un effet semblable sur les organes sécréteurs eux-mêmes.

1677. L'effet des topiques émollients sur les surfaces des

organes d'excrétion et sur les surfaces des réservoirs, est utile aussi pour empêcher l'irritation exercée sur ces surfaces par les produits de sécrétion, modifiés dans leur quantité et dans leur qualité, surtout dans les cas où ces produits de sécrétion, trop riches en principes auxquels ils doivent leur composition spéciale, se coagulent ou laissent déposer des concrétions avec une facilité insolite, et se convertissent ainsi en corps étrangers irritants.

1678. L'application médiate ou immédiate des topiques émollients et relâchants, convient dans les diacrises de presque tous les sécréteurs, mais c'est surtout dans la curation des diacrises gastro-intestinales et dans celles des glandes annexes du tube digestif que l'on y a recours. D'après les règles que nous venons d'établir, les liquides émollients ingérés en boissons dans l'estomac et introduits dans les intestins par les clystères, rentrent dans ce mode de médication.

Indications pour l'emploi des topiques sédatifs proprement dits sur les organes sécréteurs affectés de diacrise.

1679. Les topiques sédatifs proprement dits ont sur les organes sécréteurs l'influence que les substances qui les composent exercent d'une manière toute spéciale sur la vitalité des organes, qu'on soumet à leur action. Ils dépriment cette vitalité en rendant surtout ces organes moins sensibles à toutes les impressions extérieures, et en affaiblissant l'activité des actes organiques moléculaires qui s'accomplissent en eux, et par lesquels ils réparent et entretiennent leur texture et opèrent les sécrétions.

Les topiques sédatifs, en considérant leur effet comme complet, peuvent donc supprimer la sécrétion et rendre ainsi l'organe sécréteur rebelle à l'influence qu'exercent sur lui les causes excitantes internes ou externes qui provoquent son activité physiologique ou anomale. Ainsi considéré, l'effet des topiques sédatifs peut être, et est en effet nuisible dans beaucoup de cas. Toutes les fois que la manifestation d'une diacrise se lie à la réaction que provoque dans l'organisme une cause morbigène d'une

certaine intensité, la suppression subite de l'activité de l'organe sécréteur peut être suivie d'accidents consistant dans des congestions sanguines, des diacrises plus ou moins graves sur d'autres parties, sur lesquelles l'effet de la cause morbigène se trouvera pour ainsi dire détournée, la suppression de l'action même anomale de l'organe sécréteur ne pouvant pas annuller les autres conditions pathologiques qui se sont développées avec elle, ou même comme résultat de sa présence. C'est ainsi que nous comprenons l'effet nuisible des suppressions subites des sécrétions anomales, par les applications sédatives que presque tous les praticiens ont recommandé d'éviter. Tous les cas dans lesquels ces effets nuisibles ont été signalés rentrent dans ces conditions; ce sont surtout des diacrises secondaires aux états fébriles, aux différentes cachexies; des diacrises idiopathiques aiguës, dans lesquelles les phénomènes de réaction et de turgescence sécrétoires sont intenses; des diacrises chroniques, à la persistance desquelles l'équilibre des fonctions s'est accommodé, et ne pourrait être modifié que successivement et avec certaines précautions. A considérer ainsi l'effet des topiques sédatifs comme absolu, on ne trouve plus d'utilité à leur emploi que lorsque la turgescence diacritique s'est en grande partie calmée, et qu'on peut craindre que la diacrise persiste, au moins pendant un certain temps, par une sorte d'habitude de sécrétion anomale introduite par la maladie dans l'organe affecté.

Limites de l'action des topiques sédatifs contre les diacrises.

1680. L'action immédiate des topiques sédatifs n'est point en réalité aussi puissante, au moins dans la plupart des cas et avec le mode de préparation habituel de ces topiques, que nous venons de la supposer; c'est pourquoi l'utilité de ces moyens est incontestable dans un beaucoup plus grand nombre de cas, que ceux auxquels s'appliquent les conditions que nous venons de déterminer. Le plus ordinairement, l'on peut modérer l'effet de ces médicaments, en les combinant avec des remèdes simplement émollients

ou que l'on rend résolutifs en les mélangeant en petite proportion avec une substance astringente ou même stimulante; c'est ainsi que l'on prévient les inconvénients que produirait leur trop grande énergie. Avec ces précautions, les topiques sédatifs convenablement modifiés deviennent le moyen thérapeutique le plus utile pour la curation des diacrises; il modère et ne suspend pas instantanément ces maladies, mais il accélère leur décroissement avec une rapidité suffisante pour amener une prompte guérison, et non pas trop grande pour que l'équilibre de tout l'organisme n'ait pas le temps de s'accommoder à la disparition de l'état morbide. C'est ainsi que la médication par les topiques sédatifs est le plus souvent utile, même à tous les degrés de la maladie, surtout contre les diacrises colliquatives.

Principes sur la préférence à donner aux différents topiques sédatifs.

1681. Les topiques sédatifs ont le plus souvent un effet mixte qui dépend des substances qui les composent et de leurs divers modes de préparation pharmaceutique. Les uns participent des propriétés des topiques astringents, tels sont les topiques préparés avec les dissolutions d'acétate de plomb; les autres doivent aux parties aqueuses et mucilagineuses qui entrent dans leur composition ou dans la préparation de leurs véhicules, des propriétés relâchantes et émollientes, telles sont toutes les préparations narcotiques d'opium, de jusquiame, de belladone, de stramonium, etc., qui s'administrent en cataplasmes, en lotions aqueuses, en fomentations, en injections, etc. Il est enfin des préparations au moyen desquelles les topiques ont un effet à la fois sédatif sur l'organe sécréteur et stimulant sur son tissu, telles sont les préparations dans lesquelles les substances narcotiques végétales sont jointes à des principes volatils stimulants, tels que l'alcohol, les huiles essentielles, etc.

1682. Il faut tenir compte de ces modifications dans l'effet immédiat des topiques sédatifs pour les prescrire. Les sédatifs astringents s'administrent spécialement dans les cas

de diacrises où conviennent les astringents simples; l'effet sédatif immédiat a alors pour résultat d'empêcher l'action trop stimulante des topiques, sous ce rapport il est très utile. Les sédatifs émollients conviennent comme les émollients, et mieux que les émollients dans le plus grand nombre des cas de diacrise; ils sont toujours trop peu actifs pour supprimer instantanément la sécrétion morbide, et il importe même, à cet égard, de ne pas leur donner une trop grande activité. L'effet, si fréquemment utile des relâchants contre les diacrises, est toujours rendu plus complet et plus sûr par l'action sédative des narcotiques que l'on y joint. C'est sur ces remarques que repose l'emploi si habituel dans la curation des diacrises, des cataplasmes, des lotions et des fomentations émollientes opiacées; la prescription des boissons émollientes et narcotiques; l'administration des injections, des clystères avec les décoctions mucilagineuses et narcotiques, etc. Les sédatifs qui ont une action topique stimulante ne pourraient qu'être nuisibles dans les diacrises aiguës, surtout si leur application portait sur l'organe sécréteur malade, car l'action stimulante de ces topiques n'est pas portée au point de modifier l'acte organique qui constitue la diacrise, de manière à y substituer une irritation vive par cause externe qui tend à s'éteindre comme le fait l'application de certaines substances irritantes (1686), elle n'a que des inconvénients. On ne peut tirer parti de ces topiques que dans quelques diacrises chroniques d'une intensité modérée, pourvu encore que l'on agisse avec prudence.

Mode d'action des topiques sédatifs contre les diacrises.

1683. L'effet des sédatifs topiques contre les diacrises est, dans le plus grand nombre des cas, dû en grande partie à l'influence que ces moyens thérapeutiques exercent sur les couloirs et les récipients des produits de la sécrétion. Ces médicaments paralysent toujours à un certain degré l'action de ces organes, et diminuent leur irritabilité. Cet effet immédiat est souvent le mode d'action par lequel les

remèdes atténuent l'activité et dépriment l'irritabilité de l'organe sécréteur, agissant encore dans ce cas par cette synergie qui lie les sécréteurs à leurs organes d'excrétion et à leurs réservoirs et récipients, que nous avons déjà invoquée (1695, 1567). Ce mode d'action des remèdes, quand il dépasse un certain degré d'activité, a de grands inconvénients; il détermine la stase et la rétention des produits sécrétés; il favorise ainsi, au moins pour certains cas, la résorption d'une partie de leurs principes; il soumet toujours d'ailleurs les excréteurs à tous les inconvénients de la stase des produits sur la surface de leurs couloirs et de leurs récipients; il en résulte des surcharges qui entraînent des phlegmasies et qui préparent la formation de concrétions anomales qui deviennent à leur tour les causes de graves accidents (1633). Il faut cependant savoir placer sous le point de vue de ces effets, l'utilité à côté de l'inconvénient : quand l'irritabilité exagérée de l'organe excréteur de ses couloirs et des récipients, entretient la maladie (1597), l'action des topiques sédatifs, en calmant cette irritabilité, est le meilleur remède pour la curation des diacrises.

Des topiques qui doivent leur action sédative à leur température.

1684. Les topiques sédatifs agissent, par leur température, sur la vitalité des organes sécréteurs sur lesquels on dirige leur action médiate ou immédiate, il est même certains topiques sédatifs, et ce ne sont pas les moins actifs, qui doivent toute leur action à cette qualité accessoire; telle est la manière d'agir des topiques froids que l'on applique sur les surfaces les plus immédiatement contiguës aux organes sécréteurs. Ces topiques soustraient le calorique de ces organes, font pâlir leurs vaisseaux capillaires; ils suppriment ou diminuent la diacrise en frappant à la fois de stupéfaction la vitalité des organes (1597) et d'inertie la circulation capillaire (1619), premier instrument de la sécrétion comme de la nutrition des tissus. Les topiques froids, quand on prolonge leur action et qu'on les maintient à une température très basse, sont les moyens de sédation

les plus puissants pour supprimer les diacrises. C'est surtout leur action perturbatrice qui justifie les objections que l'on a tiré contre l'emploi des sédatifs, du danger de supprimer rapidement la diacrise (1679); ils ont aussi des inconvénients qui sont particuliers aux effets médiats et immédiats qu'ils opèrent sur la circulation dans les organes qui les supportent, leur effet sédatif est toujours suivi d'une réaction qui fait passer les organes qui l'endurent à un état d'hypéraimie qui peut occasionner des phlegmasies consécutives d'autant plus graves que l'effet sédatif du topique réfrigérant a été porté plus loin.

1685. Malgré tous les inconvénients que nous venons de signaler, mais aussi avec le soin de prendre des précautions pour les prévenir ou les atténuer, l'on obtient quelquefois les meilleurs résultats des topiques froids contre les diacrises : il faut d'abord déterminer leur température de manière à ne soustraire le calorique que lentement et en petite quantité, et passer ensuite progressivement, lorsqu'on veut suspendre leur action, d'une température basse à une température plus rapprochée de celle des parties vivantes; en procédant ainsi on obtient progressivement la diminution des diacrises, qui est ainsi exempte d'inconvénients. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler que cette gradation d'action, qu'il faudrait obtenir avec sûreté pour pouvoir compter sur l'effet utile des topiques froids contre les diacrises, ne peut être déterminée qu'avec beaucoup de difficulté, même en étudiant avec grand soin les phénomènes des cas particuliers. Il n'y a rien de plus variable que la facilité avec laquelle les différents sujets réagissent contre les déperditions de calorique, le degré de la réaction et ses effets, et même les résultats immédiats de l'application des topiques réfrigérants.

Des moyens thérapeutiques qui agissent comme stimulants et même

1686. Les moyens thérapeutiques qui exercent directement sur les organes sécréteurs malades une action stimulante, dont l'effet modifie énergiquement leur vitalité et

change les conditions de l'acte organique morbide qui s'accomplit en eux en celles d'une irritation plus ou moins vive qui tend à se terminer rapidement, sont peut-être les remèdes les plus efficaces pour la curation des diacrises; mais ce sont aussi ceux dont l'emploi doit être dirigé avec le plus de prudence. Ces moyens sont tous les agents de la matière médicale qui ont une action stimulante spéciale sur les organes sécréteurs, tous les agents excitants dont l'action peut être dirigée sur ces organes; ils comprennent une multitude de médicaments qui exercent tous une action topique stimulante, et même quelquefois irritante. Ces agents thérapeutiques sont, du reste, différents pour les diverses diacrises : pour celles qui affectent les sécréteurs de la surface gastro-intestinale, ce sont les vomitifs, les purgatifs, etc.; pour les diacrises cutanées, ce sont des topiques irritants, tels que les frictions avec les liqueurs styptiques, les fumigations acides, etc., etc. Tous ces moyens ne peuvent être mis en usage avec prudence que lorsque l'on a diminué l'intensité de la turgescence sécrétoire et des phénomènes réactionnels qui peuvent accompagner le développement de la diacrise, et qui seraient exagérés par l'effet de ces médicaments si l'on n'avait pas pris d'abord ces précautions.

comme irritants pour la curation des diacrises.

1687. Lorsque les diacrises se sont manifestées sous l'influence de causes qui ont déterminé d'abord un état pathologique dont elles ne sont que le résultat (1612), les moyens thérapeutiques convenables pour les guérir sont indiqués par cet état pathologique antécédent; il serait le plus souvent imprudent de diriger la médication dans le sens d'obtenir la suppression de la diacrise, indépendamment de toute modification dans la condition thérapeutique dont elle n'est qu'un effet.

Nécessité de tenir compte des causes pathologiques pour la curation des diacrises.

1688. Quand une diacrise a persisté pendant un temps plus ou moins long, ou s'est reproduite un certain nombre de fois, le point de vue principal duquel il faut la considérer pour déterminer la médication qui lui convient, n'est pas

Des cas dans lesquels la guérison des diacrises ne peut s'obtenir qu'en modifiant l'organisme en entier.

fourni par la diacrise elle-même; cette maladie n'a pu se prolonger ou récidiver ainsi sans qu'il se soit produit dans l'organisme une manière d'être, une condition d'équilibre des fonctions, appropriées à sa présence (1582). Que cet état ait été l'effet de la cause première de la maladie, ou qu'il se soit établi par suite même de sa présence, il n'en constitue pas moins la condition première et essentielle de l'état morbide qui doit surtout préoccuper le médecin. Ce n'est plus alors dans l'emploi des moyens de traitement, qui n'agissent sur la diacrise que comme sur une maladie locale, que la médication doit consister : il faut modifier l'organisme en entier par une médication altérante longtemps prolongée. On fait concourir à cette médication tous les moyens de l'hygiène, et la production réitérée ou continuée de sécrétions anomales produites avec des médicaments (1625), ou de lésions morbides de tissu faites et entretenues à dessein, telles que celles que constituent les exutoires chroniques de la peau ou du tissu cellulaire. Ce n'est qu'après avoir insisté pendant assez longtemps sur ces moyens thérapeutiques, pour modifier tout l'organisme et détruire les effets de l'habitude des déperditions diacritiques prolongées, ou suppléer à ces déperditions, que le médecin peut considérer la guérison comme assurée. Il doit surtout tenir compte, comme d'une circonstance toujours avantageuse dans ces cas, des changements que les périodes successives de la vie apportent dans l'économie. Ces changements, et principalement ceux qui résultent de la révolution de la puberté ou de l'âge critique, font souvent cesser sans inconvénient et sans les secours de l'art des diacrises chroniques qui persistent ou qui se renouvellent par intervalles depuis longtemps; c'est ainsi qu'ils deviennent des motifs pour se déterminer à prolonger ou à abréger les moyens thérapeutiques chroniques, tels que les exutoires, que l'on est le plus souvent obligé d'établir.

LIVRE DEUXIÈME.

DES DIACRISES GASTRO-INTESTINALES.

1689. L'appareil gastro-intestinal reçoit dans sa cavité des produits de sécrétion nécessaires pour l'accomplissement de tous les actes qui préparent, accomplissent et terminent la digestion. Ces produits proviennent d'organes glanduleux spéciaux, et arrivent par des canaux excréteurs dans le tube digestif, ou naissent de la membrane muqueuse gastro-intestinale elle-même. C'est seulement des diacrises qui se rapportent aux sécrétions d'où proviennent ces derniers produits, qu'il sera question dans ce deuxième livre; pour les diacrises qui affectent les glandes annexes du tube digestif, nous nous en occuperons plus loin; il n'en sera question dans ce livre que pour signaler l'influence qu'elles exercent sur les phénomènes des sécrétions anomales propres à la membrane muqueuse gastro-intestinale, auxquelles elles s'associent à un certain degré et dans des circonstances qui seront déterminées.

Indication des produits de sécrétion déposés dans le tube intestinal.

1690. Les produits que le tube digestif reçoit des sécrétions ou des exhalations opérées dans la membrane muqueuse de ses parois se trouvent dans la cavité gastro-intestinale sous trois formes, 1° un liquide visqueux, plastique, plus ou moins adhérent à la muqueuse, le mucus; 2° un fluide peu visqueux, ténu, diaphane, qui se dépose dans l'estomac et les circonvolutions du tube digestif, le suc gastro-intestinal; 3° enfin un fluide vaporeux ou gazeux qui distend plus ou moins le tube digestif.

Ces produits varient en qualité et en proportions réciproques suivant les différentes régions du tube digestif et selon des circonstances physiologiques diverses. Ces varia-

tions ne peuvent être rapportées à un état de maladie que lorsqu'elles arrivent au delà des limites naturelles, et qu'il en résulte un dérangement dans les fonctions digestives et des phénomènes anomaux.

Origine immédiate des liquides gastro-intestinaux.

1691. Tous les physiologistes s'accordent à penser que le mucus gastro-intestinal est le produit des cryptes qui constituent un des éléments de la structure de la membrane muqueuse. Plusieurs d'entre eux admettent que le suc gastrique ou intestinal est sécrété par des cryptes spéciales qui existeraient comme les cryptes mucipares dans la muqueuse gastro-intestinale et produiraient un fluide plus aqueux que le mucus et ayant des qualités particulières; d'autres, sans nier l'existence de ces cryptes spéciales, admettent encore l'existence sur la membrane muqueuse gastro-intestinale d'une exhalation de fluides séreux ou gazeux dont le mode de production est incertain, mais pour laquelle on ne croit pas qu'il existe d'organes spéciaux. Il importe peu au praticien d'admettre l'une ou l'autre de ces opinions, il lui suffit qu'on soit d'accord sur la réalité de la déposition par voie de sécrétion ou d'exhalation de ces produits dans le tube digestif, et qu'il soit possible de reconnaître et d'apprécier par des phénomènes évidents, immédiatement liés aux altérations des qualités des produits, les diverses conditions anomales qui constituent les différentes formes des diacrises qui s'y rapportent. Toutefois, les observations cliniques et anatomiques sur les diacrises gastro-intestinales, dont nous ferons connaître les résultats, démontrent que tous les fluides immédiatement déposés dans le tube digestif, proviennent de cryptes qui appartiennent à la structure des membranes muqueuses; on n'a pas prouvé que ces cryptes soient différentes pour la sécrétion de l'une et de l'autre espèce de liquide qui se trouve dans le tube intestinal; quand même cela serait établi, il n'en serait pas moins certain que la viscosité et la liquidité de tous ces fluides peuvent varier dans de larges limites, depuis les

fluides muqueux de la plus grande viscosité jusqu'à la sérosité aqueuse la plus ténue.

Origine des produits gazeux et vaporeux gastro-intestinaux, et nécessité de rapporter à un état morbide spécial les variations de qualité et de quantité de ces produits.

1692. Les produits vaporeux et surtout gazeux qui se trouvent dans le tube digestif sont considérés par des physiologistes comme les résultats du dégagement de gaz contenus dans les aliments et les boissons ingérés dans les organes ou avalés directement à l'état de pureté, ou encore comme résultant d'une altération dans les matières solides et liquides qui sont déposées dans le tube intestinal. Pour d'autres médecins, ces fluides gazeux ou vaporeux sont au moins en partie produits par sécrétion ou exhalation sur la membrane muqueuse. Que ces matières proviennent de l'extérieur, ou qu'elles aient été déposées par les bouches des excréteurs ou par les sécréteurs qui versent des produits dans le tube intestinal, ces opinions divergentes n'empêcheront pas qu'il soit incontestable, et il n'est aucun médecin qui puisse le nier, qu'il se produit des conditions anomales caractérisées particulièrement par des quantités insolites de ces fluides vaporeux et gazeux dans le tube intestinal, avec des modifications dans l'expansion et la densité de ces fluides; ce fait suffit pour que nous devions voir dans ces conditions anomales un état pathologique; si ensuite cet état pathologique se montre dans des circonstances déterminées comme état anomal primitif, donnant naissance à des phénomènes bien déterminés et tout à fait spéciaux, il constitue nécessairement par lui-même une individualité morbide. Dans tous les cas, la production directe des fluides gazeux ou vaporeux par exhalation dans le tube digestif, est un fait qui ressort forcément des observations sur des tympanites intestinales produites instantanément par certains ébranlements nerveux. Après cela, que cette exhalation se fasse par des voies exhalantes spéciales, ou qu'elle provienne des organes sécréteurs du mucus et du suc gastro-intestinal, ou même que la production des gaz et celle de ces liquides soient simultanées par les mêmes voies de sécrétion, le pathologiste n'a besoin

que de reconnaître et d'apprécier les phénomènes morbides qui se rapportent à la production anomale et en quantité insolite des fluides gazeux et vaporeux dans le tube digestif, et les conditions qui préparent, occasionnent ou font cesser cette production anomale.

Des différentes conditions qui modifient les produits de sécrétion déposés dans le tube digestif.

1693. Pour juger de la nature des maladies par la présence des produits visqueux, liquides ou gazeux qui sont déposés dans le tube digestif, et qui s'y trouvent dans des conditions morbides, il faut tenir compte de l'influence nécessairement exercée sur toutes les circonstances de cet état anomal par les proportions réciproques de ces produits, par les modes d'altération que chacun d'eux peut avoir subis, par leur mélange avec les produits plus ou moins altérés des sécrétions des organes annexes de la digestion, par leur combinaison avec les substances ingérées pour la digestion dès qu'elles ont subi différents degrés d'altération, et enfin par leur union avec les résidus des matières digérées.

Il ne suffit pas, pour se rendre raison de tous les phénomènes qui se rapportent à la présence des diacrises gastro-intestinales, de considérer la présence dans le tube digestif des produits altérés, il faut aussi tenir compte de l'action des organes digestifs eux-mêmes comme organes sécréteurs, par leur membrane muqueuse; comme organes qui impriment le mouvement à leurs contenus et agissent mécaniquement sur eux, par leur couche musculaire, et enfin comme organes d'absorption. Ce n'est qu'en étudiant sous ces différents rapports les phénomènes qui se montrent dans les diacrises gastro-intestinales, que l'on peut reconnaître et bien concevoir ces maladies, qui ne sont pas seulement importantes par leur fréqneuce et quelquefois par leur gravité, comme états morbides idiopathiques, mais qui le sont surtout encore comme affections symptomatiques d'un très grand nombre de maladies les plus diverses par leur siége et leur nature.

Division de ce livre.

1694. Ce livre se divise en quatre sections.

Des différentes

La première comprend l'histoire des maladies que les

auteurs ont désignées sous les dénominations de flux muqueux gastro-intestinaux, états saburrhaux, fièvres gastriques bilieuses, stomachales, gastralgies, etc. Dans ces diacrises, les produits morbides devenus plus abondants, sont en même temps plus coagulables, ou au moins contiennent en plus grande proportion les éléments constituants auxquels ils doivent leur caractère spécial : ce sont les diacrises gastro-intestinales hypercritiques.

espèces de diacrises gastro-intestinales.

Dans la deuxième section nous nous occupons des flux gastro-intestinaux, que les auteurs ont appelé flux séreux. Dans ces maladies, les produits sécrétés sont à la fois devenus plus abondants et plus aqueux ; ils se rapprochent de plus en plus, suivant l'intensité de la maladie, de la composition du sérum du sang. Ces maladies sont désignées sous la dénomination générique de diacrises gastro-intestinales colliquatives.

Nous traitons dans la troisième section du dépôt anomal de fluides vaporeux ou gazeux dans le tube digestif. Les maladies qui sont le résultat de ces productions anomales, sont les diacrises gastro-intestinales flatulentes.

La quatrième section est consacrée à traiter des maladies qui résultent de la présence dans le tube intestinal de concrétions ou d'agrégations formées ou développées dans les produits diacritiques déposés dans cette cavité. Les phénomènes de ces maladies sont principalement sous l'influence du trouble fonctionnel occasionné par la présence de ces productions, mais ils sont en grande partie aussi déterminés par les diacrises gastro-intestinales qui l'ont le plus souvent précédé et qui l'acccompagnent toujours. C'est surtout par ces motifs que les maladies qui forment le sujet de cette section, ne devaient point être séparées des diacrises gastro-intestinales ; nous les désignons sous la dénomination d'emphraxies gastro-intestinales diacritiques, elles comprennent surtout l'histoire des affections verminéuses gastro-intestinales.

SECTION PREMIÈRE.

DES DIACRISES GASTRO-INTESTINALES HYPERCRITIQUES.

1695. Les diacrises gastro-intestinales hypercritiques ont pour symptômes principaux, ou au moins primitifs, tous les phénomènes qui résultent immédiatement du dérangement des fonctions digestives. C'est que la lésion de la digestion est le résultat le plus immédiat de la condition morbide des organes sécréteurs gastro-intestinaux qui constitue cette diacrise, parce que les produits élaborés par ces organes sont les moyens directs de l'accomplissement de cette fonction. C'est donc de la lésion fonctionnelle gastro-intestinale plutôt que de la manifestation extérieure des produits diacritiques, que se déduisent les symptômes des diacrises qui vont nous occuper ; la présence des produits diacritiques anomaux est d'ailleurs bien loin d'être immédiatement appréciable dans le plus grand nombre de ces maladies. C'est à cause de la prééminence des phénomènes de trouble des fonctions digestives dans toutes ces diacrises, que nous avons adopté d'après Galien, le mot *dyspepsie* [1] comme leur dénomination commune, nous y joignons pour chacune d'elles une épithète tirée directement de la nature des phénomènes morbides dominants, ou des qualités que les produits diacritiques reçoivent des organes d'où ils proviennent. C'est ainsi que nous distinguons les dyspepsies en deux espèces, 1° *les dyspepsies muqueuses ou nidoreuses*, desquelles nous rapprochons *les fièvres dyspepsiques ;* 2° *les dyspepsies acescentes ou cardialgiques.*

[1] Dyspepsie, *dyspepsia*, δυσπεψία, de δυς, difficilement, et πεπτω, je cuis. (Gal., *De sympt. diff.*, c. IV.)

CHAPITRE PREMIER.

Des Dyspepsies muqueuses ou nidoreuses, et des fièvres dyspepsiques ou assodes ; lesquelles comprennent les états saburrhaux ou les embarras gastriques et intestinaux, muqueux et bilieux, et les fièvres gastriques, muqueuses, bilieuses, etc., des auteurs.

Indication des maladies réunies sous la dénomination de dyspepsie muqueuse et de fièvres dyspepsques.

1696. Les diacrises gastro-intestinales que nous réunissons sous le titre commun de *dyspepsies muqueuses ou nidoreuses*, et *de fièvres dyspepsiques ou assodes* [1], sont les maladies que les auteurs ont décrites sous les noms *de turgescence gastro-intestinale, pituiteuses ou bilieuses, d'embarras gastriques ou intestinaux, muqueux ou bilieux, de fièvres gastriques muqueuses ou pituiteuses, de fièvres bilieuses, fièvres stomachales, fièvres méningo-gastriques, fièvres rémittentes bilieuses, fièvres mésentériques.* Nous comprenons sous le nom de *dyspepsies muqueuses*, toutes celles de ces maladies qui sont apyrétiques ; ce sont les états saburrhaux ou les embarras gastriques proprement dits. Pour toutes celles de ces affections qui se montrent avec de la fièvre, nous les désignons collectivement sous le nom de *fièvres dyspepsiques* ou de *dyspepsies pyrétiques.*

1697. Toutes les maladies que nous venons d'énumérer ont été depuis vingt ans, surtout en France, l'objet de discussions plus ardentes qu'approfondies, qui n'ont pas cependant été stériles. Ces discussions ont eu surtout pour objet l'importance des lésions inflammatoires gastro-intestinales qui se développent dans les plus intenses, et selon quelques uns, dans la plupart de ces maladies. Le temps et l'expé-

[1] *Assodes*, ἀσῶδεις de ἄση, qui signifie nausée, douleur gravative à l'estomac, anorexie. (Hip., *Cocœ prænot.*, n° 142 ; *De rat vict. in acut.*, n° 47. P. Forestus, lib. II, *De feb. cont.*, obs. XXXVIII.

rience ont déjà effacé les doctrines exclusives qu'elles avaient fait pénétrer dans les esprits ; mais ils n'ont fait que fortifier les résultats immédiats des faits recueillis au profit de ces doctrines sur les lésions des organes dans ces maladies, et sur les troubles fonctionnels qu'elles occasionnent.

C'est surtout en prenant ces résultats pour point de départ, que nous réunissons comme des maladies d'origine et de nature essentiellement identiques, toutes ces affections que les auteurs ont, au moins pour plusieurs d'entre elles, considéré jusqu'à présent comme des états morbides distincts.

Principe fondamental sur la nature des dyspepsies apyrétiques ou fébriles.

1698. La lésion primitive et toujours constante dans toutes les dyspepsies muqueuses, apyrétiques ou fébriles, est la diacrise des cryptes mucipares gastro-intestinales. Dès le début de la maladie et pendant toute sa durée, le produit muqueux versé dans le tube digestif est devenu plus abondant et paraît en même temps plus visqueux que dans l'état sain ; il est évidemment modifié dans ses qualités. On constate l'altération de sécrétion mucipare gastro-intestinale par la suspension, ou au moins l'imperfection des digestions, par la nature des produits des excrétions anomales qui s'établissent aux diverses périodes de la maladie pendant la vie, par les propriétés physiques anomales et l'augmentation de quantité des produits sécrétés dans le tube digestif, et par leur action chimique sur les tuniques gastro-intestinales, qu'on peut reconnaître dans beaucoup de circonstances après la mort. La maladie affecte spécialement les sécréteurs mucipares du tube digestif, et en même temps à un certain degré les glandes annexes de l'appareil gastro-intestinal, à cause de la synergie qui existe constamment entre tous les organes sécréteurs qui servent par leurs produits à l'accomplissement des fonctions digestives (1560).

1699. L'influence exercée sur toute l'économie par la souffrance des organes digestifs dans les simples diacrises, celle

non moins puissante qui résulte de la perturbation des fonctions digestives, celle qui est produite par la turgescence diacritique de viscères aussi importants par leur étendue et leur vascularité que la muqueuse gastro-intestinale et le foie, celle enfin qui est occasionnée par la pénétration dans les secondes voies des produits de digestions imparfaites, sont les causes immédiates des accidents de toutes ces maladies. Qu'on y joigne l'effet des phénomènes de l'état de phlegmasie en lequel se convertit évidemment la turgescence diacritique au dessus d'un certain degré d'intensité, et l'on réunira toutes les conditions morbides qui proviennent, en suivant une échelle d'intensité ascendante, des accidents de l'état primitif de diacrise gastro-intestinal.

Fréquence des dyspepsies; expression générale de leurs rapports avec les autres maladies.

1700. Les dyspepsies muqueuses et les fièvres dyspepsiques sont parmi les maladies les plus fréquentes, de celles qui s'offrent le plus souvent à l'observation clinique. Il est peu de maladies aiguës auxquelles elles ne se joignent comme symptômes, et dont elles ne puissent être une complication ou au moins un épiphénomène grave; elles règnent quelquefois épidémiquemeut sous l'influence des constitutions saisonnières ou des variations météorologiques, ou par ces causes inconnues dans leur nature, auxquelles sont dues les maladies populaires. C'est alors qu'on les voit tantôt se montrer avec les formes qui leur appartiennent en propre, tantôt s'unir à d'autres états morbides, et imprimer ainsi aux maladies les plus diverses une manière d'être particulière. Toutes ces circonstances doivent faire attribuer aux dyspepsies apyrétiques et aux dyspepsies fébriles une grande place dans un traité de médecine; elles justifient les longs développements que nous donnons à leur histoire et à leur thérapeutique; nous sommes d'ailleurs aussi contraints d'entrer dans de nombreux détails pour décrire les différentes lésions des organes qui appartiennent aux principales formes que revêtent ces maladies, et pour déterminer les rapports qui existent entre ces lésions et les symptômes.

Art. I. Des symptômes des dyspepsies muqueuses et des fièvres dyspepsiques.

Rapports entre les différentes dyspepsies quant aux symptômes.

1701. Les dyspepsies apyrétiques et les fièvres dyspepsiques ont pour symptômes communs tous ceux qui se rapportent immédiatement à la diacrise gastro-intestinale, qui constitue pour toutes ces affections la lésion primitive. Ces maladies n'étant que des degrés différents d'une même affection qui s'aggrave et se complique par les lésions d'organes et les troubles fonctionnels même qui proviennent de son existence, les moins intenses sont comprises dans les plus graves; ainsi toutes les fièvres dyspepsiques ont parmi les phénomènes qui se rattachent à leur présence, tous les symptômes des dyspepsies apyrétiques; les dyspepsies simples conservent tous les phénomènes du trouble des fonctions digestives, qui se montrent souvent d'une manière fugace, sans atteindre même jusqu'au degré de dyspepsie confirmée, qui leur servent habituellement de prodromes; enfin les fièvres dyspepsiques rémittentes et continues ont, parmi leurs phénomènes, les symptômes des dyspepsies simples et ceux des fièvres dyspepsiques éphémères. Toutes les fois que quelqu'une de ces maladies se développe progressivement, elle parcourt en quelque sorte toute l'échelle des accidents dyspepsiques, c'est pourquoi les formes les moins intenses de ces maladies se montrent souvent par rapport aux plus graves, comme des symptômes précurseurs. Ces remarques déterminent l'ordre dans lequel nous avons à traiter des diverses formes des dyspepsies, en parcourant successivement les degrés ascendants de ces maladies.

§ I. *Des symptômes des dyspepsies muqueuses ou des états saburrhaux, ou des embarras gastro-intestinaux.*

Du mode d'invasion des dyspepsies muqueuses.

1702. Les dyspepsies muqueuses ou nidoreuses se manifestent rarement d'une manière subite avec une certaine

intensité; le plus souvent elles surviennent progressivement, en sorte qu'il est rare que l'invasion de la maladie soit tout à fait confirmée avant plusieurs jours et même quelquefois plusieurs semaines. Jusque-là les symptômes fugaces que présente le malade indiquent plutôt un état valétudinaire produit par un trouble passager des fonctions digestives qu'une dyspepsie muqueuse caractérisée; c'est l'état avant-coureur ou le premier degré de cette maladie.

Symptômes des dyspepsies nidoreuses légères.

1703. Ceux qui sont sous l'imminence d'une dyspepsie muqueuse, sont le plus souvent pris d'abord d'une anorexie peu marquée, qui même ne se prononce fréquemment que pour des aliments d'une certaine espèce, comme des aliments gras et sucrés: cette anorexie est souvent irrégulière; elle se montre à certains repas et non à d'autres; elle alterne quelquefois avec un appétit exagéré, souvent en même temps dépravé; elle coïncide presque toujours avec la perception d'une saveur fade ou amarescente et comme visqueuse à la bouche. La langue est large, molle, le plus souvent comme lanugineuse et jaunâtre à sa base. L'ingestion des aliments, même quand elle est désirée, est bientôt suivie de la satiété, de sécheresse à la bouche avec viscosité de la salive et quelquefois d'un sentiment de constriction à la gorge. Quelques instants après qu'ils ont pris des aliments ou des boissons, même en petite quantité, les malades éprouvent de l'anxiété précordiale et un sentiment d'oppression ou plutôt de tension à la partie supérieure de l'abdomen et vers les flancs; ils ont des borborygmes, des éructations; ils sont pris ensuite de coliques obtuses qui précèdent les déjections alvines. Les selles deviennent plus fréquentes que d'habitude et à demi liquides, ou alternativement dures et molles, ordinairement supprimées pendant deux ou trois jours pour se montrer ensuite liquides et trop abondantes pendant un ou deux jours, puis se supprimer de nouveau. Les urines rendues peu après l'ingestion des boissons sont aqueuses et peu

abondantes; celles de la digestion sont aussi en petite quantité, mais elles sont rouges, âcres, ammoniacales et d'une odeur pénétrante; elles occasionnent souvent de l'ardeur à l'urètre, comme les selles en provoquent à l'anus.

A ces phénomènes qui proviennent immédiatement du tube digestif, se joignent toujours, dans une certaine mesure, quelques uns des symptômes suivants, qui sont surtout prononcés pendant les digestions : douleur céphalalgique susorbitaire, temporale ou occipitale, obtuse ou lancinante et térébrante; sentiment de malaise général et de faiblesse dans tous les membres; douleurs comme contusives aux articulations. Pour peu que le malade se livre à un certain exercice, il a des sueurs faciles et passagères; il contracte aisément des frissons, même dans les saisons les plus chaudes; son sommeil est agité, peu réparateur, souvent troublé par des rêves pénibles; il quitte le lit avec la tête pesante et embarrassée, ses traits portent l'empreinte d'un certain degré d'abattement; les yeux sont cernés, excavés; le regard est languissant; les fonctions intellectuelles s'accomplissent avec une sorte de langueur, de difficulté; le malade est triste et quelquefois tourmenté de pressentiments sinistres, il se sent facilement défaillir, il a même quelquefois des lipothymies. Le pouls est mou, les battements du cœur deviennent quelquefois par instants irréguliers en force et en fréquence, et occasionnent ainsi des attaques de palpitations. La respiration est parfois anxieuse, surtout au commencement de la digestion; les malades ont souvent alors quelques secousses de toux sèche et irrégulière.

1704. Dans un grand nombre de cas les dyspepsies muqueuses ont encore des symptômes moins prononcés que ceux que nous venons de décrire; ils ne consistent qu'en un état de malaise général avec quelques horripilations vagues; un sentiment obscur de tension ou de douleur gravative légère et souvent même fugace à l'épigastre, un état

de courbature générale, une sécheresse habituelle à la peau. La langue est légèrement blanche, large et molle; le malade n'a pas d'appétit, sans avoir de dégoût prononcé; les masses musculaires, principalement celles des membres abdominaux, sont douloureuses à la pression. Les symptômes dominants, dans la plupart de ces cas de dyspepsie légère, sont des vertiges qui rendent la marche et la station peu sûres, et qui sont joints à une douleur céphalalgique, sinon intense, au moins habituelle, ou revenant dès que le malade fixe son attention pour quelque travail intellectuel.

Marche et terminaison des dyspepsies nidoreuses légères.

1705. Tous ces accidents dyspepsiques n'ont point une marche continue, ils reviennent et disparaissent plusieurs fois à des intervalles irréguliers, souvent pendant des semaines, quelquefois pendant deux ou trois jours seulement, sans prendre l'état permanent et continu qui les convertit en une dyspepsie nidoreuse d'une certaine intensité; ils ne se terminent même pas nécessairement de cette manière. Quelquefois cet état valétudinaire se dissipe progressivement et sans phénomènes critiques prononcés. Souvent des phénomènes critiques qui consistent surtout dans la manifestation de sueurs abondantes, ou le plus ordinairement de selles liquides séro-muqueuses ou mucoso-bilieuses, quelquefois avec des symptômes de réaction pyrétique, se manifestent subitement et terminent cet état valétudinaire, avant-coureur de la dyspepsie nidoreuse caractérisée, qui se trouve ainsi prévenue dès ses prodromes. Ces accidents par l'intermédiaire desquels l'état de santé reprend son assiette, se montrent fréquemment par suite ou au moins à l'occasion de la digestion pénible d'aliments ingérés en assez grande quantité et malgré l'anorexie.

Modifications passagères des accidents des dyspepsies nidoreuses légères par l'invasion intercurrente de indigestions.

1706. La dyspepsie nidoreuse, sous la forme peu intense que nous venons de décrire, se voit sur le plus grand nombre des individus affectés de dyspepsie pendant les saisons et durant les constitutions épidémiques, qui multiplient

ces maladies; il arrive même que tous les malades n'éprouvent pas de plus graves accidents. Beaucoup cependant sont pris pendant la durée de la dyspepsie légère, presque toujours à l'occasion de quelques causes occasionnelles, d'accidents du côté du tube digestif, plus prononcés et néanmoins aussi passagers. Telles sont des indigestions après l'ingestion d'aliments quelquefois peu abondants ou d'une coction facile; alors les malades ont une douleur gravative à l'épigastre, survenant depuis deux ou trois, jusqu'à huit à dix heures après le repas, avec sécheresse à la bouche, salive visqueuse, éructations nidoreuses, nausées, et enfin vomissements de matières alimentaires plus ou moins altérées par la digestion. Ces vomissements se renouvellent deux ou trois fois, et finissent par expulser une petite quantité de matière muqueuse jaunie par la bile, et de saveur amère. Des évacuations alvines formées de matières fécales molles, fétides, et précédées de douleurs tormineuses sous-ombilicales, surviennent ordinairement quelques heures après. Dans beaucoup de cas les vomissements n'arrivent pas, l'indisposition se borne du côté de l'estomac à quelques douleurs épigastriques profondes, des nausées, de la soif, de la sécheresse à la bouche, mais les accidents intestinaux, tels que les coliques obtuses, et les évacuations de matières fécales liquides surviennent et se renouvellent quatre à cinq fois dans le jour, et quelquefois la nuit suivante.

Epiphénomènes des dyspepsies nidoreuses légères.

1707. Pendant que la santé est dérangée par ces dyspepsies légères, il survient souvent des maladies qui ne semblent pas avoir de rapport, par leur siége et par leur nature, avec les phénomènes dyspepsiques; telles sont des ophthalmies, des angines, des furoncles, des érythèmes de diverses formes, des phlegmons, des épistaxis, etc. Ces affections, quoique constituant des épiphénomènes morbides dus à des circonstances accessoires, se lient au mauvais état des organes digestifs, de manière à persister sous son influence, ou au moins à lui devoir une marche plus lente et une propen-

sion à se continuer avec lui et à ne se terminer qu'après lui.

1708. Si les symptômes dyspepsiques augmentent d'intensité, la maladie se prononce avec la forme tranchée des dyspepsies muqueuses, dont les pathologistes ont très-exactement décrit les symptômes en leur appliquant les dénominations d'embarras gastriques ou gastro-intestinaux, muqueux ou bilieux. Ces symptômes ont été très prononcés sur le sujet de l'observation clinique suivante.

Observations cliniques sur la dyspepsie muqueuse prononcée, telle que les auteurs l'ont décrite sous le nom d'embarras gastrique.

Une domestique de ferme, âgée de vingt-trois ans, d'une forte constitution, travailla au plein soleil dans les champs pendant huit jours, au mois de juillet. Elle perdit l'appétit, eut une soif vive et une grande sécheresse de la bouche; elle mangeait avec dégoût et peu, elle n'en éprouvait pas moins ensuite une douleur gravative à l'épigastre pendant plusieurs heures. Cette fille avait la tête pesante; elle était accablée par une propension au sommeil et par des douleurs de fatigue dans les membres. Nonobstant ces accidents, le travail ne fut pas interrompu pendant trois ou quatre jours, mais alors il se manifesta des vomissements répétés dans la nuit, et vers le matin des coliques et des évacuations alvines abondantes. La malade voulut se lever: elle eut une défaillance; on l'apporta à l'hôpital. Nous reconnûmes les symptômes suivants : la langue était large et couverte, surtout à sa base, d'une couche d'un jaune grisâtre, épaisse; la bouche était sèche et enduite d'une salive visqueuse, amère. La malade avait une anorexie complète et des éructations amarescentes, comme fétides; elle se plaignait d'une douleur mordicante revenant par instants à l'épigastre; elle avait de la céphalalgie susorbitaire gravative, de la courbature et une faiblesse générale, avec des crampes dans les extrémités, et une soif assez vive. Des frissons dans les jambes et sur le dos se renouvelaient plusieurs fois par jour. Les boissons acides flattaient seules le goût de la malade, et encore leur ingestion était-elle suivie de nausées. Il n'était point

survenu de selles depuis trois jours. Il n'y avait de changement au pouls qu'un état de faiblesse assez prononcé. On se borna à une médication adoucissante pendant trois jours, après lesquels la malade eut deux selles demi-liquides très abondantes, formées de bile et d'aliments à demi altérés : ces selles furent précédées de coliques sourdes dans les flancs et sous l'ombilic ; le ventre était légèrement météorisé. Le quatrième jour, comme les accidents persistaient et que l'accablement et la céphalalgie augmentaient, nous fîmes administrer un émético-cathartique, qui occasionna des vomissements très abondants de mucosité faiblement teinte par la bile. Le sixième jour, la malade avait moins d'anorexie et de courbature ; cependant tous les autres symptômes persistaient : la céphalalgie avait même augmenté ; un nouvel éméto-cathartique fut administré : il provoqua un seul vomissement mucoso-bilieux, mais il détermina des selles muqueuses très abondantes. Le huitième jour, l'appétit se rétablit, la langue devint nette, la soif cessa, le ventre restait cependant faiblement tendu ; durant trois jours il y eut des coliques avec deux ou trois selles liquides bilieuses peu abondantes chaque jour, précédées et accompagnées de borborygmes. La malade demandait des aliments. Un purgatif salin fut administré, et suivi de cinq à six évacuations alvines liquides abondantes. Tous les symptômes cessèrent immédiatement, et la maladie fut terminée.

L'intensité des symptômes morbides chez ce sujet s'est montrée au degré et avec la forme que les auteurs ont spécialement attribué aux embarras gastriques, qu'ils ont qualifiés de bilieux pour signaler les phénomènes de diacrise hépatique qui se montrent toutes les fois que la turgescence diacritique atteint un certain degré d'intensité dans la muqueuse gastro-intestinale (1596). La maladie s'est établie progressivement, et n'a présenté d'abord que les symptômes dyspepsiques peu intenses que nous avons

signalés (1703); telle n'est pas toujours sa marche, elle débute quelquefois brusquement avec intensité, comme dans le cas suivant :

« Une femme de vingt-huit ans, nourrice depuis une année, très irritable, sujette aux spasmes et à la migraine, s'exposa, le 7 octobre 1804, étant en sueur, à un vent froid. Elle en fut immédiatement incommodée. Le 9 octobre, Schmidtmann la trouva avec une grande douleur contusive dans les membres et de la céphalalgie susorbitaire. Elle avait à la bouche une saveur muqueuse amère; elle faisait des efforts pour vomir; elle avait du dégoût pour tous les aliments, qui provoquaient des nausées; elle éprouvait une douleur gravative à l'épigastre et des douleurs vives, profondes dans la poitrine. Sa langue était couverte d'une couche de mucus épaisse, d'un blanc jaunâtre; les urines étaient troubles, safranées; les selles étaient naturelles; le pouls sans fréquence, il n'y avait pas de vestige de fièvre. La chaleur de la peau n'était pas élevée, mais la malade ressentait péniblement le moindre froid comme presque tous les sujets valétudinaires; sa faiblesse était si grande qu'elle était obligée de garder le lit, et son sommeil était agité et troublé par des rêves. Quatre grains de tartre stibié furent administrés dans quatre onces d'eau : il en résulta des vomissements et des selles mucoso-bilieuses très abondantes; et dès ce moment les douleurs des membres, la débilité, la céphalalgie, l'anorexie, les envies de vomir, la saveur amère de la bouche, l'aptitude au refroidissement, les douleurs épigastriques et de poitrine disparurent. Pour achever la guérison, Schmidtmann prescrivit un apozème laxatif amer. Le 11 octobre, il y eut de la sueur dans la nuit; il ne resta plus de trace de la maladie qu'un certain degré de faiblesse. Le 13 octobre, cette femme était tout à fait en convalescence[1]. »

1709. Qu'elle se soit manifestée par l'accroissement pro- Symptômes de la dyspepsie muqueuse intense.

[1] *Summa obser. med.*, vol. III, cap. XI, p. 334.

gressif des accidents de la dyspepsie légère (1703), ou qu'elle se soit montrée subitement avec intensité, la dyspepsie muqueuse intense une fois développée, présente toujours deux ordres de symptômes : les uns se rapportent immédiatement à l'affection gastro-intestinale, les autres n'en dépendent qu'indirectement.

1710. Les symptômes qui proviennent directement de la lésion fonctionnelle gastro-intestinale sont les suivants : le malade éprouve un sentiment de réplétion ou de douleur gravative et constrictive à l'épigastre et sous les fausses côtes, augmentant après l'ingestion des aliments, et quelquefois même seulement des boissons ; il a des éructations nidoreuses ou acides et des borborygmes ; souvent il éprouve des nausées, et quelquefois des vomissements muqueux ou mucoso-bilieux d'un jaune verdâtre ; il a une anorexie complète et même de l'aversion pour les aliments, et surtout pour les aliments gras et provenant des animaux ; il perçoit à la bouche une saveur amère ou comme muqueuse, un goût comparable à celui de la graisse rance, ou bien encore la saveur légèrement styptique du plâtre ou de l'argile ; la salive est visqueuse, peu abondante ; la langue est large, molle : sa surface semble lanugineuse et d'une couleur jaunâtre-blanche ou grisâtre, toujours beaucoup plus prononcée et quelquefois même limitée sur sa base ; ses papilles ne sont point apparentes, si ce n'est à sa pointe et à ses bords, où elles sont le plus souvent blafardes et comme flétries. Dans quelques cas, la couche saburrhale de la langue s'enlève sous le grattoir et conserve l'empreinte de l'instrument qu'on y applique, comme un enduit pâteux qui serait étendu sur la muqueuse et agglutinerait ses papilles. Dans le plus grand nombre des dyspepsies muqueuses, la bouche est tapissée de mucosités abondantes qui invisquent les dents et les gencives, et qui provoquent même la sputation ; l'haleine est habituellement d'une odeur acide et quelquefois comme stercorale :

quelques malades en sont même incommodés. La région épigastrique est le siége d'une douleur obtuse au toucher; le ventre est à demi tendu; les selles sont tantôt supprimées, tantôt plus fréquentes que dans l'état normal, et formées de fèces liquides; souvent il y a à la fois rareté des selles et évacuations stercorales liquides.

1711. Les symptômes qui ne se lient qu'indirectement à la lésion gastro-intestinale ne sont pas moins prononcés que ceux qui en dépendent immédiatement; dans quelques cas même ils sont plus intenses et prédominent à tel point qu'ils peuvent détourner l'attention des phénomènes de trouble des fonctions digestives, qui sont cependant les plus importants dans les maladies qui nous occupent.

Ces symptômes consistent dans une céphalalgie continue, intense, à exacerbations irrégulières, occupant le plus souvent la région susorbitaire, assez fréquemment le synciput et quelquefois les tempes. La tête est pesante, le malade a souvent des vertiges, qui sont quelquefois portés au point de rendre la station et la marche incertaines; son sommeil est court, agité, troublé par des rêves pénibles; sa respiration est anxieuse, quelquefois à un tel degré que le malade a une véritable oppression. Les membres, et surtout les membres abdominaux et la région postérieure du tronc, sont le siége d'un sentiment de courbature et de douleurs contusives; les mouvements sont lents, pénibles. Le malade est faible au point de ne pouvoir marcher et quelquefois même se tenir debout; il est dans un état de langueur; ses yeux sont cernés et excavés; sa face porte l'empreinte d'un haut degré d'accablement, elle est quelquefois décolorée, et les sillons qui partent des ailes du nez et le pourtour de la bouche sont d'un jaune blafard. Les yeux sont éteints et sans vivacité; quelquefois les sclérotiques présentent une légère teinte ictérique. La peau est habituellement sèche. Le pouls est sans fréquence, mais vite et faible dans la plus grande partie du jour : ce n'est

que dans les exacerbations du soir qu'il devient quelquefois légèrement fréquent, au point de constituer l'état fébrile. Il se manifeste ordinairement de la sueur ou au moins de la moiteur vers le matin, qui est le moment du jour où les malades éprouvent la plus grande rémission dans leurs accidents.

Des dyspepsies auxquelles conviennent spécialement les noms d'embarras gastriques, gastro-intestinaux et intestinaux.

1712. La dyspepsie muqueuse avec les symptômes que nous venons d'indiquer constitue l'embarras gastrique ordinaire des auteurs. Lorsqu'elle a la forme qu'ils ont appelée embarras gastro-intestinal, elle présente de plus des symptômes qui se lient plus spécialement à la lésion du tube digestif inférieur. Ainsi le malade a des coliques plus ou moins fréquentes, quelquefois presque continues, de la tension, et même, par instants, du météorisme à l'abdomen, principalement vers les flancs; il a des selles demi-liquides ou même liquides, formées de matières séro-muqueuses d'une couleur jaunâtre, brunâtre, très fétides, ordinairement précédées de douleurs obtuses, tormineues, sous-ombilicales. La pression sur la région ombilicale et sur les flancs provoque une douleur ordinairement obtuse. Lorsque tous ces symptômes sont prédominants et que l'estomac n'est pas le siége de phénomènes d'un trouble fonctionnel prononcé, on donne à la maladie saburrhale le nom d'embarras intestinal.

Des symptômes spécialement assignés aux embarras gastriques bilieux ou muqueux.

1713. Les auteurs ont distingué, pour les embarras gastriques et intestinaux, deux formes : l'une, qu'ils ont qualifiée d'embarras gastrique ou gastro-intestinal bilieux, et l'autre d'embarras gastrique ou gastro-intestinal muqueux.

Dans la première de ces formes des dyspepsies nidoreuses, la bouche est toujours amère, la soif vive, la couche saburrhale de la langue d'un jaune brunâtre, la céphalalgie plus intense, l'épigastralgie plus prononcée, les nausées et les vomissements plus fréquents, et les matières vomies et rejetées par les selles sont colorées par de la bile jaune ver-

dâtre. Les malades éprouvent fréquemment, avec une épigastralgie mordicante qui se reproduit comme par accès plusieurs fois par jour, une douleur obtuse et gravative dans les hypochondres, s'étendant dans les flancs et quelquefois à la région ombilicale. Les selles sont supprimées ou liquides, et alors formées de matières âcres qui occasionnent de l'ardeur à l'anus et du ténesme. Les urines sont rougeâtres, ardentes et rares. Le pouls est dur et vite. Les malades ont quelquefois un sentiment d'ardeur continu dans le ventre. C'est à cette forme de dyspepsie que l'on rapporte surtout la teinte jaune des ailes du nez, du pourtour de la bouche, et le léger ictère des conjonctives.

L'embarras gastro-intestinal muqueux semble une maladie moins intense que l'état saburrhal bilieux, en ce que les douleurs céphalalgiques et abdominales, et les douleurs des membres sont moins vives, mais l'accablement plus prononcé démontre toujours que la maladie exerce une grande influence sur l'organisme. Du reste, cette forme de la dyspepsie a les symptômes suivants : l'enduit saburrhal de la langue est blanchâtre ou grisâtre, la bouche est invisquée d'un mucus épais; la saveur buccale est pâteuse, acide ou nidoreuse; les nausées sont plus rares, et les douleurs épigastriques moins vives que dans l'embarras gastrique bilieux; s'il survient des vomissements, ils sont formés d'un liquide muqueux acide, ou d'aliments mal élaborés, et qui ne sont colorés par la bile que lorsqu'ils arrivent avec de grands efforts et se répètent plusieurs fois. Les selles sont le plus souvent liquides, abondantes, et formées en grande partie de matières fécales, de sérosité et de mucus; elles ne sont pas jointes à des douleurs torminéuses aussi intenses que celles qui surviennent dans les embarras bilieux; les urines sont crues, aqueuses; la faiblesse est très grande, les mouvements se font avec lenteur; le pouls est faible, l'aptitude au refroidissement est extrême.

Transformation des diverses formes de l'embarras gastrique et intestinal les unes dans les autres.

1714. L'état saburrhal gastrique muqueux ou bilieux des auteurs se convertit fréquemment en embarras gastro-intestinal, après un certain nombre de jours, et finit souvent par la forme d'embarras intestinal simple. Il n'est pas rare aussi de voir les symptômes spéciaux de la forme muqueuse s'adjoindre, au bout d'un certain temps de leur durée, ceux qui lui donnent la forme bilieuse; un grand nombre d'embarras gastriques bilieux ont présenté, pendant la première période de leur durée, la forme muqueuse simple.

Modifications qui surviennent dans l'intensité des accidents des dyspepsies nidoreuses.

1715. Les dyspepsies nidoreuses varient d'intensité suivant certaines circonstances épiphénoméniques qui ne sont rien moins que constantes, et semblables chez les différents sujets. Ces circonstances sont tantôt des vomissements de matières muqueuses ou mucoso-bilieuses plus ou moins abondantes, tantôt l'arrivée de selles muqueuses, ou même d'évacuations alvines stercorales abondantes plus ou moins fréquentes; quelquefois des sueurs. La manifestation de ces accidents arrive d'habitude avec une augmentation prononcée dans l'intensité de tous les symptômes de la dyspepsie, et spécialement de ceux de ces symptômes qui se rapportent à l'état du tube digestif, comme les coliques, la tension de l'abdomen, les douleurs épigastriques et lombaires, etc. Ces exacerbations n'ont pas en général une durée plus longue qu'une demi-journée à un jour, un jour et demi au plus; elles sont quelquefois suivies d'une rémission, dans quelques cas telle qu'il semblerait que la maladie va se terminer complètement, mais le retour de tous les symptômes avec leur intensité, dès le lendemain ou le surlendemain, montre que cet espoir n'était pas fondé.

Durée des dyspepsies nidoreuses.

1716. La durée des dyspepsies nidoreuses n'est point fixe: elle est au contraire très variable; toutefois elle est rarement très courte. Ces maladies durent presque toujours au moins huit à dix jours; elles ne se terminent même presque jamais avant deux ou trois semaines, et souvent elles se prolongent jusqu'à cinq ou six.

1717. Les accidents des dyspepsies nidoreuses sont loin de suivre une marche uniforme et régulière pendant toute la durée de la maladie : ils varient d'intensité presque chaque jour, et souvent plusieurs fois par jour, et doivent aussi des modifications dans leurs formes à des épiphénomènes intercurrents (1719) ; cependant ces accidents se modifient le plus souvent d'une manière assez régulière, à trois périodes distinctes de la maladie que l'on peut appeler périodes d'état, de coction et de terminaison. Marche des dyspepsies nidoreuses.

Dans la première période, qui n'a ordinairement guère plus de trois à cinq ou huit jours, les symptômes de la dyspepsie sont intenses, les douleurs de tête, l'épigastralgie, la soif, les douleurs tormineuses, le sentiment général de courbature, sont très prononcés ; les évacuations alvines sont souvent alors supprimées ou au moins rares, peu abondantes et rendues avec des coliques. Dans la deuxième période les accidents deviennent de jour en jour moins aigus et moins douloureux : ils se modifient par la manifestation de plus en plus prononcée des symptômes de l'embarras intestinal; s'il y a eu des nausées et des vomissements dans la première période, ils ne se voient plus ordinairement dans la seconde; s'il y avait de la constipation, elle a cessé, et des selles liquides ou semi-liquides surviennent et ne sont plus accompagnées de coliques, d'ardeur dans le ventre et à l'anus, de douleurs lombaires aussi intenses que dans la première période. Alors aussi la céphalalgie ne se fait plus sentir avec intensité et d'une manière continue, mais il semble que les forces soient plus profondément brisées, la lassitude dans les membres, la courbature, la faiblesse, sont plus grandes. Ces changements s'accomplissent le plus souvent en six à huit jours. Dans la dernière période, qui comprend les sept à huit derniers jours de la maladie, les symptômes diminuent d'intensité, et cette diminution coïncide habituellement avec des évacuations alvines liquides, plus ou moins nom-

breuses, rendues presque sans douleurs de coliques; un état de moiteur prononcé et même de sueur survient surtout au déclin de la nuit, des urines jumenteuses laissent déposer un sédiment briqueté ou un sédiment muqueux fort abondant. Pendant ce temps-là l'appétit revient, la couche fuligineuse de la langue s'efface, les éructations cessent, les aliments pris en petite quantité sont digérés sans douleur, la tête devient libre, le malade sort de son état d'abattement et de faiblesse, etc.

Symptômes de la dyspepsie nidoreuse diarrhéique ou de la diarrhée saburrhale.

1718. L'une des formes les plus remarquables des dyspepsies muqueuses, qu'il faut spécialement rapporter à l'embarras intestinal ou gastro-intestinal, est celle qui a pour symptôme principal une diarrhée stercorale et muqueuse plus ou moins abondante. Dans cette forme de la dyspepsie, les phénomènes gastriques proprement dits ne consistent, dans la plupart des cas, qu'en un goût amarescent ou comme muqueux à la bouche, avec anorexie, quelques douleurs épigastriques obtuses après l'ingestion des aliments; mais le ventre est tendu vers les flancs, rénitent; le malade est tourmenté par des borborygmes, il a plusieurs fois par jour des selles liquides ou demi-liquides formées de fèces d'un jaune-grisâtre, mélangées de bile jaune-verdâtre ou de mucus glaireux; ces selles reviennent quatre à cinq heures après le repas, et quelquefois plus tôt, au nombre de trois ou quatre en très peu de temps; souvent elles se suspendent ensuite pendant six à huit heures, ou même jusqu'au lendemain après le principal repas. Dans quelques cas, la manifestation de ces selles est accompagnée de douleurs de coliques sous-ombilicales très vives.

Dans cette diarrhée saburrhale le malaise et la faiblesse des malades sont toujours très prononcés; ils éprouvent souvent des douleurs lombaires obtuses, des inquiétudes dans les jambes qui les privent de repos pendant la nuit; quelquefois ils ont en même temps des crampes dans les mollets, dans les pieds; l'intensité de tous ces symptômes

n'est point proportionnée à l'abondance de la diarrhée, qui n'est presque jamais très considérable.

1719. Les dyspepsies nidoreuses se manifestent très fréquemment avec des épiphénomènes qui consistent, soit dans la présence de symptômes insolites, soit dans l'intensité extraordinaire de quelques uns de leurs symptômes habituels. Ces épiphénomènes sont, dans beaucoup de cas, les accidents les plus prononcés dans les affections saburrhales. Dans les épidémies de dyspepsies, ce sont presque toujours quelques éphiphénomènes communs au plus grand nombre des malades, qui déterminent la forme de la maladie régnante.

Remarques générales sur les épiphénomènes des dyspepsies nidoreuses.

Il serait difficile de déterminer toutes les formes épiphénoméniques des dyspepsies : nous nous contenterons de signaler les plus fréquemment observées ; toutes présentent d'ailleurs cette particularité que les symptômes dyspepsiques qui proviennent directement de la lésion fonctionnelle gastro-intestinale (1710), se montrent comme phénomènes dominants pendant la période d'accroissement de la maladie, et à son invasion, alors que les épiphénomènes ne sont encore que peu prononcés; et encore quand ces derniers sont à leur plus haut degré, pendant la période la plus intense de la maladie, les symptômes dyspepsiques abdominaux ne sont jamais tellement effacés qu'ils ne se reconnaissent facilement.

1720. La céphalalgie, symptôme habituel des dyspepsies muqueuses, devient souvent, par la grande intensité qu'elle acquiert, surtout chez les jeunes sujets et principalement chez les femmes très irritables, un symptôme véritablement épiphénoménique grave de ces maladies. Cette céphalalgie excessive a ordinairement son siége à la région frontale ou vers les tempes; elle est lancinante ou dilacérante comme les douleurs névralgiques les plus vives; elle s'exaspère par paroxysmes, ne prenant que dans ces exacerbations le caractère dilacérant, et persistant dans les

De la céphalalgie épiphénoménique des dyspepsies muqueuses.

intervalles sous la forme d'une céphalalgie obtuse qui cesse même quelquefois complètement. Cette vive douleur céphalalgique se joint également à l'embarras gastrique bilieux et à l'état saburrhal pituiteux simple; elle survient dans l'embarras gastrique comme dans l'embarras intestinal. Cette douleur de tête n'est pas nécessairement en rapport avec les autres symptômes de la maladie, puisqu'il est des sujets chez lesquels on la trouve avec un très haut degré de violence, les autres accidents n'ayant d'ailleurs que peu de gravité; cependant elle appartient particulièrement aux dyspepsies muqueuses graves.

Des épiphénomènes cérébraux et vertigineux des dyspepsies nidoreuses.

1721. Les vertiges qui s'observent très souvent dans les dyspepsies muqueuses ont quelquefois une telle intensité qu'ils en imposent aisément pour des prodromes apoplectiques, d'autant plus qu'ils sont souvent accompagnés de pesanteur de tête, de somnolence continue avec impossibilité de se livrer aux travaux intellectuels, et d'une instabilité dans les mouvements des jambes pendant la marche et dans leur position fixe pendant la station, symptômes qui peuvent être aussi en réalité des prodromes d'apoplexie. Dans cet état vertigieux saburrhal, on voit souvent survenir des lypothimies habituellement jointes à une douleur céphalalgique vive; c'est surtout ce dernier accident, jugé d'après le rapport du malade, qui suggère la pensée d'attaques réelles d'apoplexie plus ou moins immédiatement liées à la maladie saburrhale, dont les symptômes directs (1710) ne sont pas moins évidents.

Il est incontestable que la surcharge des organes digestifs (918) et l'état saburrhal gastro-intestinal (930) prédisposent aux apoplexies[1]; mais ces apoplexies réelles, c'est à dire dans lesquelles le cerveau éprouve toutes les lésions

[1] On peut surtout consulter sur ce point de pratique Mollius (*Dissert. de apop. bilio.*), Schrœder (*Dissert. de apop. ex præcord. orig.*), Carol. Piso (*De morb. ex seros. colluv.*, obs. XIII), F. Zulianus (*De apoplex. præsert. nervosa comment.*, cap. XIII, p. 88), etc.

véritablement propres aux hémorrhagies cérébrales (664 *et sqq.*), qui ne diffèrent de toutes les autres que par cette circonstance qu'elles sont occasionnées plus ou moins directement par l'embarras gastro-intestinal, dont les symptômes sont évidents; il importe de les distinguer des affections cérébrales vertigineuses, secondaires aux maladies des voies digestives; ces affections vertigineuses simulent plus ou moins l'apoplexie imminente ou déclarée, mais restent sous l'influence de la maladie des premières voies. C'est cet état cérébral vertigineux épiphénoménique des dyspepsies nidoreuses que Boerhaave indiquait en disant « que tout le système nerveux encéphalique pouvait être » troublé, la lésion existant dans les précœurs ou à l'es- » tomac, et nullement dans le cerveau [1]. »

Des épiphénomènes cérébraux spasmodiques et délirants des dyspepsies nidoreuses.

1722. Parmi les épiphénomènes cérébraux qui se joignent quelquefois aux symptômes habituels des dyspepsies nidoreuses, il faut surtout remarquer les lipothymies, les spasmes divers, un état de stupeur des facultés intellectuelles semblable à l'ivresse, les délires quelquefois tranquilles, et d'autres fois violents, dont nous rapporterons des exemples en parlant des fièvres dyspepsiques ataxiques. Tous ces épiphénomènes effrayent beaucoup les malades, et même les médecins peu expérimentés; ils se lient à l'état des organes digestifs à un tel point, que si l'estomac et les intestins se débarrassent par des vomissements ou par des selles du produit de la diacrise dont leurs parois sont le siége, accumulé dans leur cavité, tous ces accidents cérébraux cèdent instantanément. Nous possédons plusieurs observations qui le démontrent; nous ne les rapportons pas parce qu'elles ressemblent à beaucoup de celles de nos prédécesseurs [2] (1734) : il nous suffit de faire remarquer qu'il

[1] *De morb. nervo.*, t. II, p. 144.

[2] Les plus remarquables des observations de ce genre sont celles de Van-Swieten (*Comment. in aph.* 1017), de Molli (*Dissert. de apopl. bili.* p. 22),

résulte de toutes ces observations cliniques que les dyspepsies accompagnées de ces épiphénomènes cérébraux ont ordinairement une marche très rapide, surtout dans les cas où les moyens de l'art ne sont pas dirigés contre la maladie d'une manière rationnelle; elles se terminent alors soit par le rétablissement qui s'accomplit par l'intermédiaire de vomissements ou d'évacuations alvines abondantes, soit par la conversion de la maladie subitement aggravée en une fièvre dyspepsique plus ou moins intense (1731 *et sqq.*).

Des vomissements considérés comme épiphénomènes des dyspepsies nidoreuses.

1723. Les vomissements, quand ils se renouvellent un grand nombre de fois en peu de temps, sont encore un épiphénomène grave des dyspepsies muqueuses. Ils surviennent le plus souvent au début de cette maladie, mais dans le plus grand nombre des cas, ils cessent le même jour ou au plus le deuxième; il n'est cependant pas rare de les voir se renouveler comme des exacerbations plus ou moins irrégulières des symptômes morbides. C'est surtout dans les dyspepsies intenses et fébriles que cet épiphénomène s'observe. Ces vomissements coïncident le plus ordinairement avec la constipation. Lorsqu'ils se terminent, le malade conserve souvent des nausées et une facilité extrême à vomir dès qu'on ingère des boissons, pendant un jour ou deux; dans tous les cas, il reste dans un état d'extrême faiblesse et de courbature dont l'intensité est proportionnée à la violence que les vomissements ont présentée.

Les matières vomies sont des liquides aqueux provenant en grande partie des boissons des malades, et mélangés de mucus ou de bile jaune et le plus souvent verdâtre. Dans quelques cas graves, quoique les malades n'ingèrent point de liquides dans leur estomac, les matières vomies sont abondantes et formées par un liquide séro-muqueux, d'un jaune verdâtre, d'une saveur acide ou amarescente.

de Schœnheider (*Act. societ med. hawn*, t. I; *De apopl. cardialgica*), de Zulianus (*De apopl. nervea*, p. 92), etc.

Lorsque les vomissements se reproduisent ainsi fréquemment et avec violence comme épiphénomènes des dyspepsies muqueuses, ils sont presque toujours accompagnés d'une vive douleur cardialgique : ils arrivent ordinairement avec beaucoup d'efforts, et dans quelques cas, surtout chez les sujets fort irritables, les douleurs cardialgiques s'exaspèrent au moment des efforts de vomissement au point d'occasionner un état de souffrance qui fait pousser des cris au malade, le porte à se tordre dans son lit, à se presser la région épigastrique; ces accidents exercent sur le système nerveux une telle influence, qu'ils occasionnent quelquefois des défaillances ou des mouvements spasmodiques dans les membres.

Du hoquet considéré comme épiphénomène des dyspepsies nidoreuses.

1724. Le hoquet est un épiphénomène assez fréquent aussi des dyspepsies muqueuses[1]. Il précède souvent, suivant l'observation de Klein, la manifestation des vomissements, mais surtout des évacuations alvines liquides qui marquent dans beaucoup de cas le terme de ces maladies. On l'a vu dans les maladies bilieuses épidémiques du Tecklembourg, où cet épiphénomène se présentait plus souvent, à Finke, au terme de la maladie que dans leur première période[2].

Dans la plupart des cas, le hoquet symptomatique des dyspepsies nidoreuses n'a pas de gravité et est peu durable; mais il a presque toujours plusieurs récidives; chez quelques malades il se reproduit presque chaque fois qu'ils prennent des aliments. Nous avons sous les yeux deux observations sur des dyspepsies muqueuses d'une intensité d'ailleurs assez modérée, pendant lesquelles ce symptôme insolite revenait de cette manière; il ne cessa définitivement que par suite de l'administration des éméto-cathartiques. Il arrive néanmoins quelquefois que le hoquet persiste dans

[1] Aëtius a écrit : *Singultus accessio stomacho accidere solet ob humorem acrem* (Serm. IX. cap. V).

[2] *De morb. biliosis anomal.*, etc., p. I, p. 48. Monast. Westph. 1780.

les dyspepsies muqueuses avec beaucoup d'opiniâtreté; Finke en a observé un exemple chez une femme grosse de huit mois, qui conserva cet accident sans aucune interruption, la nuit et le jour, durant douze jours, après lesquels il céda par l'effet de l'administration des purgatifs [1].

Des douleurs tormineuses épiphénoméniques des dyspepsies nidoreuses.

1725. Les douleurs tormineuses qui précèdent immédiatement les évacuations alvines dans les dyspepsies muqueuses, ont rarement une très grande intensité. Ces douleurs deviennent néanmoins, dans quelques cas, très pénibles pour les malades; elles se prolongent dans les intervalles des selles, et prennent le caractère d'une douleur rongeante, presque continue, sentie principalement derrière l'ombilic. Ces coliques se manifestent quelquefois avec du frisson ou au moins un malaise comme paroxystiques, et ne cessent que dans la rémission; elles ne nous ont pas paru liées plutôt à la constipation qu'à la diarrhée; cependant elles précèdent plus fréquemment des selles liquides bilieuses que des selles solides et non modifiées dans leur nature.

De la toux épiphénoménique des dyspepsies nidoreuses.

1726. La toux sèche quinteuse est un épiphénomène fréquent des dyspepsies muqueuses : c'est cet accident que l'on a appelé toux gastrique, et toux abdominale; il augmente le plus souvent après l'ingestion des aliments et quelquefois même après celle des boissons. Dans la plupart des cas, la toux gastrique est peu fatigante et d'une faible intensité. Dans les dyspepsies qui s'élèvent jusqu'à l'état fébrile, la toux s'observe souvent pendant les exacerbations fébriles, elle cesse tout à fait ou du moins diminue beaucoup d'intensité dans leurs intervalles [2]. Comme beaucoup de malades éprouvent en même temps des douleurs contusives dans les muscles, qui augmentent par tous les efforts, les secousses de toux provoquent très souvent des douleurs sous-sternales, pleurodyniques ou dorsales très aiguës.

[1] *De morb. bili. anom.*, jam. cit., part. II, p. 155.
[2] Finke, *De morb. bilios. anom.*, jam. cit., p. 143.

Ces douleurs peuvent aller jusqu'au point de faire retenir aux malades leur respiration, de manière à interrompre subitement la toux et à gêner l'émission des sons vocaux, comme dans les pleurésies.

Terminaisons des dyspepsies nidoreuses.

1727. Les dyspepsies muqueuses se terminent presque toujours heureusement. On ne voit succomber à cette diacrise que des sujets exténués par des maladies que la dyspepsie vient compliquer, ou des personnes épuisées par des infirmités ou par la vieillesse. C'est après la mort arrivée dans de pareilles conjonctures que nous avons pu constater quelquefois sur les cadavres les lésions qui se rapportent à ces maladies.

Dans la plupart des cas, la dyspepsie muqueuse disparaît complétement (1716); seulement les malades restent dans une convalescence toujours assez lente et pendant laquelle les récidives sont très fréquentes.

Des terminaisons incomplètes des dyspepsies nidoreuses.

1728. La terminaison des dyspepsies muqueuses ne se fait pas toujours d'une manière complète : il arrive même assez fréquemment que la maladie, à son déclin, perd seulement une partie de son intensité; les malades restent alors dans un état valétudinaire semblable à l'état de dyspepsie légère, qui forme la première période d'un grand nombre de ces maladies (1708). Cet état se prolonge souvent pendant un temps plus long que la dyspepsie elle-même. Dans cette convalescence imparfaite, les fonctions digestives s'accomplissent lentement, et souvent avec des douleurs obtuses à l'épigastre ou des coliques. L'appétit est inégal : tantôt très prononcé, le plus souvent nul. Le malade a des borborygmes et des flatuosités; il est dans un état continu de fatigue et d'abattement; il a de la sueur pour le moindre exercice musculaire; il éprouve un sentiment de froid qui le plus souvent contraste avec la chaleur du milieu ambiant; il a de fréquentes douleurs de tête. De temps à autre il survient de la diarrhée stercorale ou muqueuse, qui dure quelques jours et est souvent rempla-

cée par de la constipation. On voit souvent dans ces cas des vers lombrics se former dans le tube digestif : ils sont expulsés avec les selles liquides, ou ils sont quelquefois rejetés par le vomissement.

Ces derniers symptômes comme chroniques de la dyspepsie nidoreuse ne sont pas le plus souvent continus ; ils se montrent et cessent par intervalles, souvent parce que le convalescent ne se soumet pas avec assez de sévérité au régime convenable. L'état valétudinaire qui persiste après une dyspepsie imparfaitement terminée est interrompu quelquefois par des accidents d'indigestion (1706) avec des vomissements qui se produisent avec beaucoup de douleur cardialgique, et déterminent en peu d'instants l'expulsion d'une grande quantité de matière bilieuse porracée ; ces accidents intercurrents sont ordinairement suivis d'une diarrhée muqueuse ou mucoso-bilieuse qui dure un jour ou deux au plus. On ne doit pas s'effrayer de leur manifestation ; ils terminent presque toujours rapidement les derniers vestiges de la dyspepsie en consolidant la convalesence.

Suites des dyspepsies nidoreuses.

1729. Quand les dyspepsies muqueuses ne se terminent pas nettement par la convalescence, les malades finissent quelquefois par être affectés de dyspepsie cardialgique qu'ils conservent ordinairement pendant un temps assez long. Cette dernière affection naît ainsi par transformation des dyspepsies muqueuses, elle en constitue une des suites les plus fâcheuses. Il en est de même de la dyspepsie verminеuse, qui est aussi quelquefois la suite des embarras gastro-intestinaux, lorsqu'ils se sont prolongés pendant un temps insolite.

De la terminaison par métaptose des dyspepsies nidoreuses.

1730. Dans les cas où les dyspepsies muqueuses surviennent avec une grande intensité, ou acquièrent cette intensité considérable pendant leur durée, elles prennent ordinairement le caractère de dyspepsie fébrile (1731 *et sqq.*), ou elles passent à une forme de maladie rendue plus grave par la manifestation secondaire de phlegmasies affectant la

membrane muqueuse gastro-intestinale, ou le foie, ou quelque autre organe; ou enfin elles se convertissent en typhus par suite des conditions morbides dont les lésions qui les constituent et le trouble des fonctions digestives deviennent la cause immédiate. La dyspepsie, dans tous ces cas, ne disparaît pas complètement, mais persiste comme un épiphénomène de la maladie qui s'est développée pendant sa durée. C'est ainsi que dans les épidémies de dyspepsies, si la maladie se métamorphose en un typhus plus ou moins grave, sous l'influence accessoire des causes propres à cette dernière maladie, les symptômes dyspepsiques restent très prononcés pendant toute la durée du typhus. C'est également de cette manière que, pendant certaines constitutions épidémiques, on voit souvent des malades affectés de dyspepsie nidoreuse, contracter différentes maladies sporadiques, comme par exemple des rhumatismes aigus, des pneumonies, des pleurésies, etc.; ces maladies deviennent, à cause de leur importance, les maladies principales, mais les symptômes dyspepsiques n'en restent pas moins évidents, parmi tous leurs symptômes.

§ II. *Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes.*

Indication des maladies rassemblées sous la dénomination de *fièvres dyspepsiques ou assodes.*

1731. Nous réunissons sous le nom de ***fièvres dyspepsiques ou assodes*** (1696) ou de dyspepsies pyrétiques, toutes les maladies que les auteurs ont appelées fièvres gastriques[1], bilieuses, pituiteuses, muqueuses, stomachales et intestinales[2], mésentériques[3], cholériques[4].

Assimilation de toutes ces maladies par suite de leur nature identique; indication de leurs formes principales.

1732. Ce n'est pas seulement une dénomination nouvelle que nous ajoutons à celles déjà admises par nos prédécesseurs pour désigner une maladie connue, nous rapprochons, comme appartenant essentiellement à un même

[1] Baillou, *Op.*, l. II, épid., p. 78.

[2] L. Heister, *Compend. med. pract.*, cap. V, p. 83. Amstelodami, 1748, in-8.

[3] Baglivi, *Op. omn. epist. Nico. Andry*, in-4. Venise, 1761, p. 309.

[4] F. Hoffmann, *Med. ratio system.*, t. IV, p. 1, sect. II, cap. II, § 6.

BIBLIOTHÈQUE ... SOCIÉTÉ

état pathologique, des maladies considérées comme différentes par leur nature, ou au moins par la condition essentielle de leur manifestation. Dans toutes ces maladies, la diacrise gastro-intestinale hypercritique est la lésion première, et devient le point de départ de tous les accidents; les formes particulières qu'ils revêtent proviennent des différences de leur intensité et de l'importance relative que prennent quelques uns de leurs phénomènes essentiels ou secondaires. Nous ne devons pas toutefois négliger de faire connaître les symptômes qui appartiennent spécialement à chacune, ou au moins aux principales des différentes formes que ces maladies présentent à l'observation clinique, leur exposition précédera celle des symptômes communs à toutes les fièvres dyspepsiques. Nous parlerons donc successivement :

(A) Des symptômes des fièvres assodes éphémères.
(B) Des symptômes des fièvres assodes rémittentes.
(C) Des symptômes des fièvres assodes continues.
(D) Des symptômes des fièvres assodes chroniques.
(E) Des symptômes des fièvres assodes ataxiques.
(F) Et enfin des symptômes communs à toutes les fièvres assodes ou dyspepsiques.

(A) Des symptômes des fièvres assodes ou dyspepsiques éphémères.

Rapport des fièvres assodes éphémères avec les dyspepsies nidoreuses et les autres fièvres assodes.

1733. Les fièvres dyspepsiques ou assodes éphémères sont les fièvres gastriques bilieuses ou muqueuses légères des auteurs, celles qu'ils ont le plus spécialement désignées sous le nom de fièvres saburrhales [1].

Ces maladies sont les plus rapprochées des dyspepsies nidoreuses simples; elles n'en sont pour ainsi dire que le plus haut degré, et n'en diffèrent que par l'état fébrile; leurs

[1] Bartholin, *de crud. ventri dissert., seu ferment. alim. læsa; Haf.*, 1785. Frid. Hildebrandt's *Geschichte der Unreinigkeiten im Magen und in den Gedærmen.* 3 Bænde. Braunschweig, 1789; Hecker, *Dissert. de febre gastrica.* Erf., 1800.

symptômes dominants sont les symptômes dyspepsiques gastro-intestinaux (1710).

Relativement aux autres fièvres dyspepsiques, les fièvres assodes ou éphémères sont celles dans lesquelles l'état fébrile est le moins intense et le moins durable, puisqu'il ne se prolonge pas au delà de deux ou trois jours, et souvent même pas au delà d'un jour; elles sont les plus fréquentes des fièvres gastriques de nos climats.

Observations cliniques sur des fièvres assodes éphémères.

1734. Une demoiselle de vingt-trois ans, après une promenade à cheval, dans laquelle elle était restée exposée pendant trois heures au soleil ardent du mois de juillet, avait perdu l'appétit depuis huit ou dix jours, et sentait une fatigue extrême dans les membres et une céphalalgie gravative sus-orbitaire; ses nuits se passaient dans un grand état de malaise; elle n'avait qu'un sommeil interrompu et fort agité avec des douleurs comme de crampes dans les jarrets. Elle fut prise le matin d'une horripilation générale, qui persista pendant deux ou trois heures, durant lesquelles elle eut des nausées et deux ou trois vomissements de matières muqueuses jaunâtres. La chaleur fébrile s'établit et persista tout le reste du jour. Le soir, le pouls avait une fréquence modérée, la peau une chaleur vive et sèche. La malade était dans un grand abattement; elle se plaignait d'une vive céphalalgie sus-orbitaire, comme lancinante; les pommettes colorées avaient une teinte rouge, qui tranchait sur la teinte jaune semi-ictérique des ailes du nez et des commissures des lèvres. La bouche était pâteuse et amère, la langue large, visqueuse au toucher, était couverte d'un enduit jaune fauve; on voyait sur ses bords les papilles érigées, saillantes et rouges; sur sa base, la couche saburrhale était très épaisse et brunâtre à son milieu. La soif était vive, mais la malade craignait de boire à cause des nausées et d'une douleur comme gravative qu'elle éprouvait à l'estomac, et qui augmentait après l'ingestion des boissons. L'épigastre était légèrement douloureux à la

pression ; le ventre ne présentait aucune tension dans toute son étendue ; la malade avait des borborygmes que la pression sur les flancs augmentait. Les selles, d'abord molles et rendues avec quelques douleurs tormineuses dès le début des accidents, étaient suspendues depuis trois jours. Les urines étaient peu abondantes, brûlantes et peu colorées. Les membres, surtout à leurs articulations, étaient le siége de douleurs contusives intenses. Nous prescrivîmes l'administration d'une tisane préparée avec le sirop de groseilles étendu et un lavement émollient. Le lendemain matin, deuxième jour de l'état fébrile, la fréquence du pouls était presque nulle, mais la peau restait sèche et chaude au toucher ; la céphalalgie était moins intense, la nuit avait été fort agitée, la malade avait peu bu à cause des nausées qu'elle avait éprouvées ; l'abattement était encore plus prononcé que la veille. Ces accidents, et surtout la fièvre, augmentèrent pendant toute la journée, le soir, des vomissements, d'abord de matières aqueuses, et ensuite de liquides d'un jaune verdâtre très amers se manifestèrent. Ces vomissements se renouvelèrent cinq à six fois et s'accompagnèrent d'une vive douleur gastralgique ; ils cessèrent ensuite et firent place à un état de calme, durant lequel la malade eut quelques heures d'un sommeil agité, qui s'interrompit au milieu de la nuit, au moment où se manifesta une sueur abondante. Le troisième jour au matin, il survint trois selles liquides bilieuses avec un peu de ténesme et sans douleurs abdominales. Nous trouvâmes la malade vers midi sans fièvre, avec la peau halitueuse ; la bouche était humide, mais toujours amère, la langue était enduite d'une couche saburrhale brunâtre ; la face était moins jaune, les urines étaient d'un rouge foncé et sédimenteuses ; l'anorexie et le dégoût pour les boissons persistaient. La nuit suivante, des coliques obtuses avec douleurs lombaires se manifestèrent ; quatre à cinq selles bilieuses, qui brûlaient l'anus, survinrent vers le matin et

se renouvelèrent à la fin du jour suivant, après lequel la nuit fut très calme, le sommeil profond et réparateur; le cinquième jour au matin, une sueur considérable se manifesta, et la malade entra immédiatement en convalescence, ne conservant qu'une faiblesse légère dans les membres, qui disparut en deux ou trois jours.

Les circonstances les plus importantes à remarquer dans cette observation, sont la manifestation de la maladie par suite de l'exposition à l'action d'un soleil ardent; l'invasion et la persistance de symptômes de la dyspepsie simple et leur accroissement progressif, pendant plusieurs jours avant l'arrivée de la fièvre proprement dite; l'invasion de l'état fébrile par un frisson, sa persistance jusqu'au troisième jour sous une forme continue, et enfin sa terminaison coïncidant avec des selles liquides bilieuses. Nous devons signaler aussi, à la fin de la fièvre, dans la période décroissante, les symptômes d'embarras intestinal avec diarrhée, et terminaison définitive de la maladie par des sueurs abondantes. La maladie a eu une intensité modérée, quant aux symptômes dyspepsiques proprement dits, et les phénomènes pyrétiques ont été plus prononcés; dans le cas suivant, dont nous empruntons la relation à M. Récamier, les symptômes fébriles ont été, au contraire, peu intenses, mais la violence des accidents dyspepsiques a été extrême, au point qu'ils ont déterminé les phénomènes les plus graves de sidération nerveuse que l'on observe dans les dyspepsies nidoreuses simples les plus intenses.

« Un homme de quarante-deux ans, grand et fort, avait de l'anorexie depuis quelques jours; il dîne modérément, par un temps lourd et orageux, le 7 septembre. Dans la soirée, il tombe dans une sorte d'ivresse délirante, avec céphalalgie, nausées et chaleur brûlante de la peau; il passe la nuit dans cet état. Le 8, au matin, la chaleur de la peau était sèche, vive et piquante; le pouls énonce cent vingt pulsations par minute; la face jaunâtre autour

du nez et des lèvres, sans teinte ictérique dans les urines ni aux conjonctives qui étaient comme injectées. Le ventre était élevé et peu sensible au toucher; une odeur saburrhale s'exhalait de la bouche et des aisselles du malade, qui était dans un état de somnolence délirante depuis la nuit. Les questions adressées au malade suspendaient la somnolence; il se soulevait et essayait de rendre compte de sa céphalalgie gravative, de la soif vive et de la chaleur qui le fatiguaient, puis il retombait dans son affaissement témulent. La langue était couverte d'un enduit jaunâtre, qui faisait ressortir la couleur jaune pâle de ses bords. Deux grains de tartre stibié dissous dans six verres d'eau furent administrés immédiatement par verre de quart d'heure en quart d'heure. Les vomissements et les évacuations furent jaunâtres, comme pultacés et fort puants; la peau s'humecta d'une sueur d'odeur nauséabonde; l'ivresse et les vertiges que le malade éprouvait, quand il se levait pour aller à la garderobe, se dissipèrent; à cinq heures du soir, il était sans fièvre, et ne se plaignait plus que de quelque pesanteur de tête et d'anorexie. Le 9 et le 10 septembre, cet homme conservait de la céphalalgie gravative et une légère disposition vertigineuse, sans soif et sans fièvre, avec couleur jaunâtre du pourtour de la bouche; la langue était chargée d'un enduit muqueux blanc-jaunâtre; le malade avait une diaphorèse d'une odeur désagréable. L'émétique en lavage fut alors administré de nouveau. Dès le soir, appétence, et bien-être après un bouillon de bœuf donné froid. Le 11 et le 12 il n'y eut plus de céphalalgie ni d'anorexie; l'enduit muqueux de la langue avait diminué. La diaphorèse a continué pendant la nuit, les urines ont été sédimenteuses depuis le dernier émétique, et les lèvres ont commencé à se couvrir d'une éruption pustuleuse abondante. Le 13 on administra une tisane laxative préparée avec la manne, le séné et le sulfate de magnésie; elle eut un effet modéré; mais dès lors le

malade entra en convalescence. L'éruption labiale couvrait tout le pourtour des lèvres et du nez [1].

Les phénomènes les plus remarquables dans cette observation ont été l'invasion subite de la maladie seulement après de légers prodromes; la prééminence des accidents dyspepsiques, leur persistance après la cessation rapidement obtenue de l'état fébrile et ainsi la conversion de la fièvre dyspepsique éphémère en une dyspepsie nidoreuse simple. Les phénomènes critiques par les sueurs, par les urines et par l'éruption labiale, ont été des plus marqués; ils se rapportent à l'état de dyspepsie plus qu'à la fièvre qui avait déjà cessé.

Différences des conditions constitutives des fièvres assodes éphémères et des dyspepsies simples.

1735. La fièvre assode éphémère n'est qu'une dyspepsie intense, dans laquelle des phénomènes de réaction pyrétique surviennent par l'influence très vivement ressentie que la maladie dyspepsique a exercée sur les voies digestives; elle remplace chez les jeunes sujets irritables, chez les femmes nerveuses, les dyspepsies nidoreuses qui restent simples et non fébriles chez ceux qui sont dans des conditions d'une irritabilité moins prononcée.

La fièvre dyspepsique éphémère s'observe plus fréquemment chez les jeunes gens que chez les hommes avancés en âge; c'est la forme des fièvres assodes la plus ordinaire des enfants. Le plus souvent lorsqu'elle affecte les adultes, c'est après des indigestions ou des excès de table [2].

Mode d'invasion des fièvres assodes éphémères.

1736. L'invasion des fièvres assodes éphémères arrive, soit d'une manière instantanée et sans accidents précurseurs, soit après des symptômes dyspepsiques existant depuis un temps plus ou moins long, et jusqu'alors progressivement croissants.

Nous n'admettons pas, avec Lommius [3] et Vogel [4], que

[1] Observation du docteur Récamier. insérée dans les notes de son ouvrage intitulé : *Recherches sur le traitement du cancer;* t. II, p. 605.

[2] Schmidtmann, *Summa obs.*, etc., t. III, p. 346.

[3] *Obs. medici.*, lib. I, § 2.

Nos. meth., t. I, p. 289.

cette forme de fièvre dyspepsique se manifeste toujours sans prodromes; mais nous croyons que ce mode d'invasion est en effet le plus commun, pour la fièvre gastrique éphémère, principalement chez les enfants.

Symptômes de la fièvre assode éphémère.

1737. Dans tous les cas, la fièvre éphémère dyspepsique commence par une horripilation légère, fugace, qui se répète plusieurs fois en quelques heures et qui se dissipe peu à peu pour faire place à une chaleur générale vive. Dès l'invasion du frisson, le pouls devient plus fréquent; il reste serré, souvent irrégulier et intermittent, tant que la chaleur n'est pas établie; mais ensuite il est large, plein, quoique facile à déprimer, et plutôt moins fréquent que pendant le frisson initial. La respiration est haute, légèrement accélérée, légèrement anxieuse. Le malade ressent dès le début, et quelquefois même avant le frisson, une douleur céphalalgique, ordinairement sus-orbitaire et souvent syncipitale ou temporale. Cette douleur est constrictive et quelquefois comme lancinante pendant le frisson; elle devient gravative et dilacérante, et jointe à un sentiment de pesanteur de tête très marqué pendant la chaleur.

Ces premiers symptômes sont à peine développés que le malade ne peut se tenir, même assis sur le lit, sans éprouver des vertiges (1721); il se plaint d'un sentiment de courbature extrême dans les membres, s'étendant à la partie postérieure du tronc, et surtout aux lombes; il a de l'anxiété, un certain degré d'oppression.

La bouche ne tarde pas à devenir sèche ou comme enduite par un mucus épais; le malade y perçoit une saveur amère ou pâteuse; la langue est large, jaunâtre ou d'un jaune grisâtre; l'haleine et la transpiration même insensible du malade exhalent une odeur fétide nidoreuse; la soif est intense: le malade désire les boissons froides et acidules; il a des éructations fréquentes, souvent des nausées et quelquefois des vomissements, surtout durant le frisson; l'épigastre est le siége d'une douleur mordicante et gravative

profonde, que la pression exaspère le plus souvent; le ventre est à demi tendu, surtout vers les flancs, où il est souvent faiblement douloureux sous la pression. A tous ces accidents se joignent quelquefois des coliques obtuses, des borborygmes fréquents. Les urines sont peu abondantes et rougeâtres; il y a habituellement de la constipation. Quand les phénomènes fébriles sont une fois développés, le malade est dans un état d'accablement considérable; il est couché en supination; il se plaint surtout de douleur et de pesanteur de tête, et d'une sensation de brisement des membres et même de douleurs aux articulations; sa face est ordinairement rouge sur les pommettes; ses conjonctives sont faiblement injectées; sa peau est sèche et communique à la main du médecin une chaleur vive.

La fièvre arrive d'ordinaire à cet état en quatre à cinq heures; elle y persiste, dans sa plus courte durée, pendant le même temps, pour diminuer progressivement ensuite et arriver à un état fébrile plus modéré, qui persiste ordinairement d'une manière continue pendant un, deux ou trois jours au plus. Le plus ordinairement, à mesure que la fièvre décroît et que le pouls devient moins fréquent, et plus facilement dépressible, la peau s'humecte d'une sueur qui est rarement considérable et qui exhale souvent une odeur fétide; les urines deviennent plus abondantes, elles sont rougeâtres, épaisses, troubles comme du petit lait aigri, et laissent déposer un sédiment d'un gris rougeâtre ou briqueté; assez souvent aussi le ventre s'ouvre, et il survient deux ou trois selles de matières jaunes bilieuses, âcres, dont le contact irrite l'anus.

Marche et durée de la fièvre assode éphémère.

1738. Dans sa plus longue durée, la fièvre gastrique éphémère excède rarement trois jours; le plus souvent elle se termine dès le deuxième.

Il est assez souvent difficile de reconnaître exactement les limites de l'état fébrile, parce qu'il ne cesse pas toujours d'une manière tranchée. La fièvre se reproduit souvent

pendant quatre à cinq jours par accès comme erratiques de plus en plus faibles revenant irrégulièrement. Dans un grand nombre de cas, lorsqu'elle excède en durée vingt-quatre heures, cette fièvre se compose de trois ou quatre paroxysmes quotidiens, irréguliers, qui reviennent deux fois par jour, ou seulement vers le soir, soit par un accroissement progressif de la fréquence du pouls, soit par une horripilation accompagnée d'augmentation de la céphalalgie, des douleurs dans les membres et de la soif. Ces paroxysmes sont marqués surtout par une chaleur générale, de l'agitation et de l'insomnie pendant la nuit; ils diminuent vers le matin, une légère sueur s'établit, et les malades goûtent du repos. Ces accès de fièvre sont ordinairement de moins en moins marqués et de plus en plus courts. Très souvent il ne reste pas d'état fébrile dans leurs intervalles, durant lesquels les symptômes de l'embarras gastrique sont seuls persistants (1709 *et sqq.*).

L'état fébrile de la fièvre assode éphémère est quelquefois continu, sans apparence de paroxysmes et d'exacerbations; cependant, presque toujours dans ces cas, une recrudescence des symptômes les plus prononcés, comme de la céphalalgie et des douleurs contusives des membres, revenant une ou deux fois par jour, indique encore les exacerbations.

Formes diverses de la fièvre assode éphémère.

1739. Dans beaucoup de cas, le premier paroxysme de la fièvre dyspepsique éphémère s'accompagne d'épigastralgie, de nausées et de vomissements de fluides muqueux, plus ou moins colorés par une bile jaune-verdâtre. La constipation est ordinairement alors très prononcée. Les vomissements et même les nausées cessent au déclin du paroxysme; le ventre se tend vers les flancs: le malade y éprouve des borborygmes et des coliques obtuses. Le lendemain, souvent à la fin d'un deuxième ou même d'un troisième paroxysme, des selles liquides, muqueuses, bilieuses, se manifestent. Quand la maladie suit cette marche

qui est la plus heureuse que présentent les fièvres assodes éphémères, la céphalalgie, les douleurs contusives des membres, décroissent et disparaissent avec l'état fébrile, ou peu d'heures après; c'est la terminaison la plus facile de ces maladies; presque toujours elle ne laisse plus subsister de symptômes saburrhaux (1710), tandis que ces symptômes persistent toujours, et conservent même quelquefois un haut degré d'intensité, quand la constipation n'a pas disparu avec l'état fébrile, et quand les symptômes dyspepsiques n'ont pas subi, dans leur période décroissante, la conversion de la forme de l'embarras gastrique proprement dit (1712) en celle de l'embarras intestinal (1714).

1740. Lorsque les symptômes dyspepsiques persistent ainsi, après la cessation des accidents fébriles, la maladie revient à l'état de dyspepsie nidoreuse simple; mais le malade est exposé à ce que la fièvre le reprenne bientôt, soit encore sous la forme éphémère, soit sous les autres formes des fièvres assodes, et spécialement sous celle des fièvres dyspepsiques chroniques, qu'il faut toujours redouter, après les fièvres éphémères gastriques, dont la terminaison n'arrive pas franchement et d'une manière complète.

Des terminaisons incomplètes des fièvres assodes éphémères.

1741. Les fièvres dyspepsiques éphémères, au déclin desquelles surviennent des évacuations diarrhéiques faciles, ou des urines sédimenteuses abondantes, ou enfin des sueurs considérables, se terminent ordinairement par le rétablissement du malade.

Ce rétablissement n'arrive pas toujours immédiatement; la cessation des accidents morbides se fait en quelque sorte en deux actes : les symptômes pyrétiques cessent d'abord, le plus souvent avec la manifestation de sueurs et d'urines sédimenteuses; le malade n'a plus de céphalalgie; les douleurs contusives des membres ont cessé, le pouls est large et souple, la chaleur de la peau est halitueuse, il y a de la propension au sommeil, etc., mais la langue reste saburrhale, l'anorexie persiste, le malade

conserve de la faiblesse; il a quelques douleurs vagues à l'épigastre, surtout après l'ingestion des aliments qu'il ne prend qu'avec répugnance; il survient des coliques obtuses, etc. Cet état valétudinaire (1703) dure quelquefois plusieurs jours, sans qu'il survienne de fièvre, et aussi sans que la dyspepsie nidoreuse se prononce à un plus haut degré. Mais enfin le ventre s'ouvre; des évacuations diarrhéiques ou des urines sédimenteuses se montrent, ou des sueurs abondantes surviennent, quelquefois toutes ces évacuations en même temps; ce n'est qu'alors que la convalescence se confirme; elle est ordinairement complète, et s'achève rapidement.

(B). Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes rémittentes.

Des maladies comprises sous le nom de fièvres assodes rémittentes.

1742. Les fièvres dyspepsiques ou assodes rémittentes sont, après les fièvres dyspepsiques éphémères, la forme des dyspepsies pyrétiques qui s'observe le plus fréquemment; c'est à elle que se rapportent la plupart des fièvres gastriques bilieuses ou muqueuses, observées dans nos climats; elle comprend aussi les fièvres rémittentes bilieuses des pays chauds et des régions tropicales, qui sont les plus intenses des fièvres dyspepsiques.

Cette forme des fièvres dyspepsiques est celle que les auteurs assignent comme la plus ordinaire aux fièvres qu'ils ont appelées spécialement fièvres bilieuses, pituiteuses, ardentes, épiales, gastro-hépatiques, etc.

Du caractère spécial des fièvres rémittentes.

1743. Le caractère le plus prononcé de ces maladies se trouve dans la coïncidence avec les symptômes dyspepsiques proprement dits d'un état fébrile à paroxysmes périodiques plus ou moins réguliers, séparés par des intervalles d'apyrexie, ou seulement de rémission de la fièvre. Si l'apyrexie est complète dans l'intervalle des paroxysmes, la continuité de la maladie n'est conservée que par la persistance des phénomènes dyspepsiques, qui ont toujours une assez grande intensité; si des rémissions seulement séparent les

paroxysmes, l'état fébrile qui continue dans leurs intervalles, n'est le plus souvent que l'accident le moins intense de tous les symptômes morbides.

Importance de la marche paroxystique dans les fièvres assodes.

1744. Burckard considérait la forme paroxystique comme tellement propre aux maladies assodes, qu'il lui suffisait de reconnaître la succession périodique des redoublements par le frisson, qui en est le caractère le plus tranché, pour admettre l'existence de la dyspepsie nidoreuse comme cause immédiate des accidents[1]. Stoll exprimait la même opinion, d'une manière encore plus explicite, quand il disait qu'il suffit de la marche paroxystique pour reconnaître l'origine et la nature de toutes les maladies qui peuvent se rattacher comme forme insolite aux embarras des premières voies[2].

Observations cliniques sur des fièvres assodes rémittentes.

1745. Un garçon d'auberge, âgé de vingt-six ans, couchait dans une chambre froide et humide. Depuis quatre mois il avait de fréquents malaises et une céphalalgie presque habituelle; il perdait souvent l'appétit et était pris de diarrhée. Dans le commencement de mai 1835, à tous ces accidents se joignit un vomissement abondant de matières bilieuses, après lequel il tomba dans un tel état de faiblesse, joint à une si vive céphalalgie, qu'il fut obligé de se mettre au lit. Le lendemain, il eut un accès de fièvre, qui débuta par un frisson intense, suivi de chaleur et terminé par de la sueur. Ce paroxysme fébrile dura cinq à six heures; il revint ensuite tous les jours à des heures indéterminées. De ce moment la céphalalgie devint continue, l'appétit se perdit complétement, et cet homme eut habituellement une diarrhée peu considérable, et parfois des vomissements bilieux. Tous ces accidents duraient depuis quatre jours, quand il entra à l'hôpital le 5 mai. Les paroxysmes quotidiens revenaient irrégulièrement, quant à l'heure de leur invasion; ils présen-

[1] *Dissert. de feb. mesentericis*, p. 5.
[2] *De feb. nat. et curat. aph.*, § 352, et *Rat. med.*, t. 1, p. 72.

taient les trois stades de frisson, chaleur et sueur. Le malade avait pendant le frisson des nausées, et vers la fin de l'accès une ou deux selles bilieuses, précédées de coliques obtuses. La tête était pesante et la céphalalgie sus-orbitaire vive; la langue était large, enduite d'une couche saburrhale jaunâtre, très épaisse. Le malade n'avait aucun appétit, il avait continuellement une saveur amère à la bouche. La région épigastrique était le siége d'une douleur obtuse gravative; elle était faiblement douloureuse à la pression. La courbature dans les membres était des plus pénibles, et le malade avait pendant le frisson des paroxysmes des crampes dans les orteils. Les ailes du nez, et le pourtour de la bouche étaient d'un jaune comme plombé. Les urines étaient rares et rougeâtres à la fin des accès. Tous ces symptômes, excepté les accidents fébriles proprement dits, persistaient dans les intervalles des accès; le malade n'avait pas de sommeil, ses nuits se passaient dans un état d'agitation violente. Le 9 mai, nous fîmes administrer vingt-quatre grains de poudre d'ipécacuanha et deux grains de tartre stibié. Il en résulta plusieurs vomissements et des selles bilieuses abondantes; de ce moment la céphalalgie diminua, de même que les douleurs des membres, et l'amertume de la bouche; la fièvre revint encore le lendemain, mais le paroxysme fut beaucoup moins long et moins intense, il débuta sans frisson par un accroissement successif des accidents. Cependant l'intensité et la durée des symptômes pyrétiques allèrnet en diminuant de jour en jour. Le 12 mai, la fièvre était très peu considérable, le malade avait pourtant encore des douleurs contusives et des crampes dans les extrémités; la couche saburrhale de la langue n'existait plus, le ventre était tendu et comme bouffi; le malade avait des borborygmes et des coliques obtuses. Nous fîmes administrer deux onces d'huile de ricin, il en résulta d'abondantes évacuations alvines bilieuses

avec ardeur à l'anus. La fièvre ne reparut plus, la céphalalgie cessa aussi, la teinte ictérique des ailes du nez et du pourtour de la bouche avait disparu, mais le malade conservait de l'anorexie et de la courbature; les boissons délayantes acidules furent continuées. Le 14 mai, il se manifesta avec des coliques obtuses et beaucoup de borborygmes, des évacuations alvines liquides de matières bilieuses, qui provoquaient de l'ardeur à l'anus. Le malade était faible; il digérait sans aucun accident quelques aliments légers qu'il prenait avec plaisir; les urines, très abondantes, étaient rougeâtres, troubles, et laissaient déposer une couche de sédiment d'un gris rougeâtre ocré. La convalescence fut dès lors confirmée; mais pendant trois à quatre jours cet homme eut toutes les nuits une sueur abondante, et les urines restèrent sédimenteuses.

Ce malade a eu, en premier lieu, un état valétudinaire de quatre mois, pendant lesquels se sont renouvelées plusieurs fois des diacrises intestinales avec malaise, céphalalgie et perte d'appétit. La dyspepsie fébrile s'est ensuite manifestée, d'abord par ses phénomènes abdominaux habituels, rendus seulement plus intenses par l'adjonction de vomissements. Le lendemain, la fièvre s'est déclarée sous la forme de paroxysmes, présentant les trois stades de frisson, chaleur et sueur, coïncidant avec tous les accidents continus d'une dyspepsie nidoreuse intense, dont les symptômes les plus saillants étaient le vomissement et la diarrhée bilieuse. Au huitième accès, un vomitif a été administré. De ce moment, la maladie décroît, et ce décroissement porte sur les symptômes dyspepsiques proprement dits comme sur les accidents fébriles. Le onzième jour, la fièvre avait cessé, mais les symptômes dyspepsiques continuaient encore, quoique moins intenses et ayant pris d'une manière plus prononcée la forme de l'embarras intestinal. Un purgatif fut administré et détermina la disparition des derniers accidents en même temps que des diacrises critiques

évidentes par les selles, par les urines et enfin par les sueurs.

Le fait que nous venons de rapporter est un exemple de la forme des fièvres dyspepsiques bilieuses la plus fréquemment observée : les symptômes dyspepsiques commencent la maladie et continuent pendant que la fièvre revient par paroxysmes plus ou moins irréguliers, qui sont comme la succession quotidienne de fièvres dyspepsiques éphémères qui se jugeraient à chaque accès par la sueur, la diarrhée ou les urines; les symptômes fébriles disparaissent ensuite, la dyspepsie qui les a précédés leur survit et ne cède à son tour qu'avec la manifestation d'évacuations alvines bilieuses et de nouvelles crises par les urines et par les sueurs.

1746. On reconnaît dans l'observation suivante les symptômes de la fièvre dyspepsique rémittente, identiques quant à leur nature avec ceux qui se sont montrés chez le malade précédent, mais présentant cette différence tranchée que la fièvre était continue et avait des exacerbations paroxystiques régulières.

Une dame de trente-cinq ans, d'une forte constitution, s'exposa, le 15 août 1837, à l'ardeur du soleil pendant plusieurs heures : il en résulta immédiatement une vive céphalalgie. Le soir, elle était très fatiguée; elle dîna modérément et sans appétit. Dans la nuit, elle éprouva, après quelques heures d'un sommeil très agité, d'une douleur gastralgique très vive, avec des nausées, et enfin elle vomit les aliments qu'elle avait pris la veille. Le lendemain matin elle avait de la courbature dans les membres, de la pesanteur de tête, de l'anorexie; elle percevait une saveur amère à la bouche, jointe à de la soif; dans la matinée, elle eut deux évacuations stercorales liquides très fétides. Vers midi, elle fut prise d'un froid intense aux extrémités, sans tremblement, qui dura deux ou trois heures. Pendant ce temps, la céphalalgie devint de plus en plus forte, la cour-

bature dans les membres augmenta. Le soir, le froid avait fait place à une chaleur fébrile des plus vives, qui dura une grande partie de la nuit. Vers le matin du 17 août, il se manifesta de la sueur, qui fut peu abondante, mais la fièvre et tous les autres accidents continuèrent pendant toute la journée. Nous vîmes la malade à huit heures du soir. Elle avait eu, vers les trois heures, un frisson marqué seulement par des horripilations, après lequel tous les symptômes étaient devenus plus intenses; elle éprouvait alors une vive céphalalgie gravative sus-orbitaire, avec une pesanteur des paupières jointe à de la somnolence; l'accablement était très grand; elle se plaignait de vives douleurs dans les genoux; la face était comme gonflée, les pommettes injectées; les ailes du nez, le pourtour de la bouche et des lèvres étaient jaune paille, la sclérotique était jaune; l'haleine était fétide et comme d'odeur stercorale; la langue était large, d'un jaune grisâtre sur toute sa surface, sèche au milieu; la malade avait une saveur amarescente à la bouche, elle avait des nausées qui se renouvelaient dès qu'on lui donnait à boire; le ventre était tendu à l'épigastre et vers les flancs, et cependant médiocrement sensible au toucher; il n'était pas survenu de selles depuis la veille, les urines étaient supprimées depuis le matin; la peau était chaude et sèche au toucher; le pouls large, mais mou et facile à déprimer, battait cent huit fois par minute. Nous prescrivîmes l'administration de la limonade pour boisson. La nuit fut fort agitée : la malade la passa sans sommeil, se plaignant souvent de vives douleurs dans les membres. Le lendemain matin, troisième jour de la maladie, nous constatâmes une diminution très prononcée dans l'état fébrile; de la moiteur était survenue vers le matin, et durait encore quand nous vîmes la malade sur les dix heures. La céphalalgie avait beaucoup diminué; la langue était humide, mais cependant toujours saburrhale; l'anorexie persistait ainsi que la saveur amère à la bouche,

l'haleine restait fétide, la teinte ictérique persistait, les douleurs contusives des membres étaient presque nulles; depuis deux ou trois heures, quelques douleurs tormineuses vers les flancs faisaient espérer l'arrivée des selles. Les urines étaient peu abondantes, safranées, sans dépôt. Le pouls était tombé à quatre-vingt-dix pulsations, il était large, souple, régulier. Nous prescrivîmes un lavement rendu laxatif par l'addition du miel, la limonade pour boisson, et du bouillon très léger en petite quantité pour tout aliment. A midi, la fièvre augmenta, et son exacerbation fut annoncée seulement par un malaise extrême, avec agitation et douleurs de crampes dans les extrémités; la céphalalgie devint de plus en plus vive, l'accablement extrême; l'ingestion des boissons s'accompagnait de nausées, et il y eut même deux vomissements de matières liquides mucoso-bilieuses, fort amères. Le soir, nous trouvâmes les accidents devenus beaucoup plus intenses que la veille, la chaleur de la peau était âcre au toucher; le pouls, serré et dépressible, battait cent seize fois par minute; le ventre restait fermé, les urines étaient supprimées depuis le commencement de l'exacerbation; l'épigastre était douloureux à la pression. Nous nous bornâmes à conseiller l'administration des boissons acidulées avec le sirop de groseilles, voulant attendre la rémission du lendemain pour agir plus activement. Pendant toute la nuit la malade resta dans une sorte de somnolence, qu'elle n'interrompait que pour pousser des gémissements occasionnés par des douleurs vives qu'elle ressentait comme par élancements dans les mains, les genoux et les pieds. Vers le matin, il se manifesta, après quelques coliques, des selles liquides bilieuses, extrêmement fétides, qui se renouvelèrent six fois dans la matinée. Le quatrième jour se passa dans un état de rémission des accidents qui contrastait avec l'état fébrile intense de la veille. Le pouls descendit à quatre-vingt-quatre pulsations dans le milieu du jour, et ne s'éleva le

soir qu'à quatre-vingt-douze. La chaleur de la peau était moins vive; la bouche était humide, mais cependant toujours saburrhale; la teinte ictérique de la peau persistait. Vers les quatre heures, il était survenu une légère horripilation, après laquelle la fièvre avait augmenté. Dans la soirée il se montra de la sueur peu abondante, mais prolongée pendant trois ou quatre heures. La nuit fut peu agitée : la malade eut du sommeil, interrompu cependant par des rêves pénibles. Le cinquième jour, au matin, la malade n'avait plus qu'une céphalalgie obtuse, la bouche était toujours amère et saburrhale et l'haleine très fétide; le ventre était à demi tendu, mais indolent à la pression; les urines avaient été abondantes, elles étaient limpides et safranées; la peau avait peu de chaleur anomale; le pouls donnait quatre-vingts pulsations par minute. Nous conseillâmes l'administration d'un éméto-cathartique, vers les quatre heures du soir, si le redoublement ne se prononçait pas d'une manière intense. On mit la malade, après notre visite, sur son fauteuil pour réparer son lit; elle eut une défaillance qui dura près d'une demi-heure; à peine l'avait-on remise au lit qu'elle commença à trembler la fièvre, en se plaignant de douleurs des plus vives dans les membres; le frisson, avec tremblement, dura près de deux heures, puis la fièvre et tous les accidents augmentèrent. Durant toute la soirée et surtout la nuit, cette dame fut dans un état de somnolence d'où elle ne sortait que lorsqu'on l'excitait; elle eut de la rêvasserie; elle poussait souvent des cris inarticulés, et portait ses mains à la tête. Appelé de grand matin, nous la trouvâmes à six heures dans une somnolence profonde, la face était comme enluminée, la sclérotique d'un jaune safran, la langue brune à sa base avec une couche saburrhale épaisse sur son milieu, ses bords étaient rosés et à papilles érigées; l'haleine avait une fétidité extrême; la malade exécutait sans cesse comme des mouvements de régurgitation sans

résultat; elle repoussait les boissons qu'on lui offrait et se plaignait d'une douleur rongeante à l'estomac; la peau était chaude au toucher sur le corps et les membres supérieurs, les pieds étaient froids; le pouls battait cent fois par minute, il était très peu développé; le ventre était douloureux à la pression sur l'épigastre, il était peu tendu, excepté vers les hypochondres; les urines étaient supprimées depuis la veille à midi; la constipation persistait. Nous fîmes immédiatement donner un grain de tartre stibié, dont l'administration fut réitérée deux fois d'heure en heure, et occasionna huit vomissements bilieux et ne détermina pas de selles. Le soir, la fièvre était presque nulle, la peau avait une chaleur halitueuse, la céphalalgie avait cessé, la malade se plaignait d'une extrême fatigue dans les membres. La nuit fut calme dans la première moitié, mais vers le matin il survint un frisson léger qui fut suivi de céphalalgie peu intense, et d'une agitation fébrile générale très marquée. Le septième jour de la maladie, nous trouvâmes la peau chaude et sèche, le pouls battant quatre-vingt-dix fois par minute; la teinte ictérique de la face avait disparu, la céphalalgie était modérée, la langue était encore jaunâtre à sa base et la bouche amère; le ventre était indolent dans toute son étendue, mais il était tendu vers les hypochondres, et la malade ressentait des douleurs tormineuses obtuses qui semblaient, suivant ses expressions, se perdre dans les lombes. Nous conseillâmes, pendant le reste du jour, l'administration des boissons acidulées. Le soir il survint une rémission complète des accidents marquée par une sueur peu considérable, et suivie de sommeil assez calme jusqu'à trois ou quatre heures du matin; alors la malade eut des coliques obtuses, des douleurs comme de crampes dans les jambes, et un état général de malaise prononcé. A six heures, nous la trouvâmes avec une légère fréquence du pouls qui battait quatre-vingt-dix fois, et une chaleur modérée mais sèche de la

peau ; elle se plaignait de courbature, principalement dans les jambes ; elle avait la bouche toujours amère ; elle prenait avec plaisir ses boissons acidules. Le ventre était gonflé dans toutes ses parties ; la malade avait de fréquents borborygmes, et rendait souvent des flatuosités. Nous prescrivîmes d'administrer par demi-tasse, de demi-heure en demi-heure, du petit-lait dans un litre duquel nous fîmes ajouter deux grains de tartre stibié et deux gros de sulfate de soude. Ce remède détermina un seul vomissement de bile jaune, mais il provoqua huit ou dix selles bilieuses très abondantes. Dès le soir la malade eut de l'appétit, et prit deux tasses de bouillon froid. Dans la nuit suivante, elle rendit des urines très épaisses qui déposèrent un sédiment jaunâtre comme muqueux ; il y eut du sommeil, et vers le matin une sueur légère. Le neuvième jour cette dame n'avait plus de fièvre, le facies était revenu à son état normal, la langue était nette, la bouche humide ; du bouillon léger fut désiré et pris avec plaisir. Les accidents ne reparurent plus ; cette dame put digérer, dès le lendemain, de légers potages qu'elle prit avec appétit. Le rétablissement se fit rapidement : néanmoins, durant une huitaine de jours, la convalescente eut, pendant la nuit, une sueur assez abondante d'une odeur très ammoniacale ; elle rendit en même temps des urines sédimenteuses briquetées, qui répandaient aussi une odeur ammoniacale très prononcée.

1° La maladie a débuté, chez le sujet de l'observation que nous venons de rapporter, par une indigestion, suivie immédiatement des symptômes d'une dyspepsie nidoreuse. Ces symptômes ont eu la forme qu'ils présentent dans les dyspepsies simples ; ils ont été continus pendant tout le temps de la maladie, tout en participant de sa marche rémittente, car ils avaient une plus grande intensité dans les paroxysmes, et s'aggravaient par l'adjonction de quelques phénomènes spéciaux habituels dans les dyspepsies ; savoir :

les nausées, les vomissements, les coliques et les selles diarrhéiques. Quand des évacuations alvines bilieuses spontanées se sont manifestées le troisième jour, les symptômes dyspepsiques ont immédiatement diminué, et aussi tous les autres symptômes de la maladie. Cette intermission n'a été que temporaire; les excrétions diacritiques intercurrentes se sont supprimées, les accidents dyspepsiques ont repris leur intensité avec tous les autres phénomènes morbides, et ne se sont définitivement terminés que pa suite des évacuations provoquées qui ont jugé la maladie comme elles terminent souvent les dyspepsies nidoreuses simples.

2° Les phénomènes fébriles se sont dessinés dès leur début sous la forme paroxystique; la fièvre continue augmentait tous les jours par un frisson plus ou moins prononcé, après lequel elle atteignait sa plus haute intensité, et développait ses symptômes de fièvre chaude au plus haut degré, pour diminuer ensuite par une diaphorèse. Cette marche paroxystique caractérise la fièvre rémittente des auteurs, dont le type est déterminé par l'ordre de répétition et de retour des paroxysmes. Chez ce sujet, cet ordre n'a pas été d'une très grande régularité, comme cela arrive ordinairement dans les maladies qui ne doivent pas leur marche et leur forme périodique à l'influence dominante de la cause spécifique des fièvres intermittentes. On peut néanmoins remarquer que le premier jour la fièvre a commencé à midi; le paroxysme du deuxième jour est venu à trois heures; celui du troisième jour à midi; celui du quatrième jour à quatre heures; celui du cinquième jour avant midi; le sixième jour le paroxysme n'a pas été évident; le septième il est revenu vers le matin; le huitième jour la fièvre s'est terminée. Ce rapprochement établit manifestement que les paroxysmes, jusqu'au sixième jour, ont suivi le type double ternaire revenant l'un vers midi, et l'autre le lendemain de trois à quatre heures. En suivant ainsi la marche des accidents, on reconnaît que les pa-

roxysmes de midi ont été les plus intenses et les plus prononcés. Après le sixième jour il n'y a plus eu de régularité dans les paroxysmes; ils ont paru encore pendant deux jours le matin. Cette fièvre était la semi-tierce des auteurs.

Quant à la forme particulière des symptômes réactionnels, elle a consisté surtout dans la fréquence du pouls et la chaleur âcre et sèche de la peau avec de la céphalalgie et de la courbature extrême des membres ; les paroxysmes commençaient par un frisson peu marqué, et se terminaient par des sueurs aussi peu abondantes; mais ce que présentaient de plus prononcé ces accidents pyrétiques, c'était la faiblesse et le peu de résistance du pouls, et l'état d'accablement et presque d'adynamie dans lequel était la malade.

3° A peine les fonctions digestives étaient-elles altérées par la dyspepsie, que la malade a éprouvé des accidents généraux, semblables à ceux que nous avons déjà reconnus dans les dyspepsies nidoreuses non fébriles. Ces accidents ont consisté, dès les prodromes, dans un sentiment de fatigue générale, qui a persisté après l'invasion de la maladie et s'est joint à l'état d'agitation très intense que la malade a éprouvé; la peau a pris une teinte ictérique, à la vérité peu prononcée, mais cependant évidente surtout à la face. Cette teinte ictérique, comme la fétidité de l'haleine, qui suppose nécessairement que l'exhalation pulmonaire est altérée, ne pouvait trouver sa cause, comme les modifications de la sueur et des urines, que dans une condition anomale existant dans le réservoir commun des matériaux de toute sécrétion et de toute excrétion.

4° Les phénomènes critiques ont appartenu, dans la maladie de ce sujet, aux paroxysmes fébriles et à l'ensemble de l'état morbide. Dès le deuxième paroxysme d'exacerbation fébrile, la réaction pyrétique occasionnait une moiteur, indice d'une diacrise cutanée arrivant dans le

dernier stade du paroxysme. Le troisième accès se termina par des évacuations diarrhéiques considérables, après lesquelles il y eut un tel état d'amélioration que l'on put voir dans cette circonstance morbide autant une crise réelle du paroxysme, que de la maladie elle-même. C'est en effet à cette première modification de la maladie qu'il faut rapporter l'origine de la période décroissante, au point que ce décroissement s'interrompit pendant deux jours, quand les évacuations se suspendirent, pour recommencer ensuite sous l'influence de leur retour provoqué par l'art. Les phénomènes morbides critiques persistèrent, après les accidents de la fièvre dyspepsique elle-même, puisque, pendant huit jours encore, la malade eut des sueurs et des urines fétides.

1747. Le fait qui vient d'être rapporté est un exemple de la forme la plus ordinaire des fièvres assodes rémittentes de nos climats; dans l'observation suivante, que nous empruntons à l'épidémiographie de Gœttingue, les symptômes de cete maladie ont été différents[1].

« Une femme de quarante ans avait eu la diarrhée pendant trois semaines; elle avait d'abord rendu des matières mêlées de sang, mais ses selles étaient devenues simplement muqueuses et blanches après qu'on eut administré de la rhubarbe; elle avait aussi rendu des vers par haut et par bas, même avant la maladie déclarée; le soir au début elle éprouva de la fièvre avec ardeur et incontinence d'urine. Le 10 janvier elle fut prise, à jeun, de nausées, d'efforts de vomissements et de toux sèche; après avoir mangé, elle eut des nausées, une douleur gravative dans l'abdomen, et presque aussitôt une évacuation alvine très fatigante. La soif devint vive; la malade percevait une saveur dépravée à la bouche. Cependant elle voulut manger, mais dès qu'elle eut ingéré des aliments, ils lui inspirèrent de la répugnance.

[1] Jo. G. Rœdereri et car. G. Wagleri, *Tract. de morb. mucoso*, sect. III, hist. I, p. 143 In-12, *edente Wrisberg*. Gœttingæ, 1783.

Les membres étaient lourds et douloureux, les pieds étaient légèrement gouflés autour des malléoles, le pouls était petit et d'une fréquence modérée. La langue était humide, glabre, d'un rouge pâle, chargée d'une couche mince de mucus blanc : le sommeil ne fut pas troublé. Le 11 janvier, l'administration d'un émétique fit rendre par haut et par bas beaucoup de matière muqueuse sans mélange de bile, avec diminution des accidents. L'administration de la rhubarbe et du mercure doux réunis provoqua une diarrhée muqueuse douce, brune, avec des douleurs abdominales, qui fut entretenue pendant deux jours; elle cessa enfin, et les gencives se tuméfièrent; la soif succéda alors à la saveur nidoreuse de la bouche; l'urine jusque-là peu abondante, bourbeuse, laissant un cercle au bord du vase, et déposant un sédiment muqueux, blanc, abondant, devint ténue, aqueuse; le pouls était plein, un peu dur et sans fréquence. Le 14 janvier, les horripilations du soir avec froid fébrile, avec des bouffées de chaleur fugaces, des urines abondantes et une insomnie anxieuse, se prolongèrent pendant toute la nuit. Le lendemain, les selles se suspendirent et l'abdomen devint dur et tendu, la tuméfaction des pieds s'étendait jusqu'aux cuisses, la muqueuse buccale, tuméfiée, était couverte d'aphthes; l'urine était jaune et crue, avec un sédiment léger, muqueux, peu abondant, le pouls était vite, dur et petit; la malade était très affaiblie. Une émulsion camphrée fut administrée pendant la nuit; elle fit succéder à l'anxiété, à l'insomnie et aux songes effrayants, une légère moiteur. Le gonflement et l'ulcération des gencives et des lèvres, et même du palais, augmentèrent de jour en jour, au point que la malade ne pouvait plus manger par suite des douleurs qu'elle en éprouvait. Le 15 janvier, il y eut des selles glaireuses, l'abattement était considérable, le pouls petit, vite, dur et légèrement fréquent. Le 16, la malade accablée ne parlait que de mort; le pouls était sans fréquence, l'urine était épaisse, jaune, demi-transparente, avec

un nuage léger; le camphre fut continué à plus haute dose. Le 17, toux très vive, sèche le matin, légèrement muqueuse pendant le jour; soif nulle, ventre resserré, appétit; l'urine déposait un sédiment blanc muqueux léger, le pouls était petit, dur, un peu vite et fréquent. Une émulsion camphrée, contenant un demi-gros de camphre, fut administrée et amena un sommeil tranquille. Le 18, la fréquence du pouls était modérée. La nuit, pendant un sommeil tranquille, la sueur coula abondamment. Le 19, la soif devint très vive, le pouls était petit et mou, sans vitesse ni fréquence prononcées. Le soir, frisson violent qui dura quelques heures, auquel succèda une chaleur peu vive avec de la céphalalgie; la nuit, fièvre, agitation, point de sueur. Le 20, les douleurs buccales, qui avaient diminué pendant la violence de la fièvre, revinrent le matin pendant un certain degré de rémission : un vomitif détermina des selles très fréquentes; l'appétit se faisait sentir malgré la soif; la langue humide, d'un rouge pâle à la pointe, était couverte d'une couche muqueuse blanche; le pouls était petit, faible, légèrement vite et fréquent. La nuit, sommeil tranquille et sueur. Le 21, les forces commençaient à revenir; un ver lombric vivant fut rejeté par la bouche, sa sortie fut précédée de nausées et d'anxiété. La soif était modérée, il y avait des alternatives d'appétence et de dégoût pour les aliments. Le pouls était petit, faible, sans fréquence; l'urine était trouble, jaune, laissant déposer un sédiment muqueux abondant, d'un blanc rouge. L'administration du camphre fut continuée; il y eut dans la nuit une sueur universelle d'une odeur acide, avec un sommeil troublé. Le 22, l'appétit était faible, mais régulier, le sommeil tranquille. Le pouls petit, sans être dur, prit de la fréquence vers le soir. La langue large, humide, était couverte d'un mucus blanc, épais. Le 23, le gonflement de la bouche avait beaucoup diminué, mais les aphthes persistaient; les forces se rétablissaient; cependant

il restait de la faiblesse dans les pieds, et des douleurs lombaires provoquées par les mouvements. Le 24, l'ingestion d'aliments glutineux occasionna des efforts de vomissement avec une douleur gravative dans l'estomac; cependant la santé se rétablissait, la malade pouvait se promener; elle n'avait plus de douleurs que celles que les aphthes de la bouche occasionnaient par intervalles. On se borna à administrer tous les soirs nne dose de rhubarbe. La douleur buccale ayant cessé peu à peu, la malade revint à quelques aliments solides, une légère diarrhée se déclara, et les restes de la maladie s'évanouirent.

Nous ne retrouvons point dans l'observation qu'on vient de lire, l'intensité des phénomènes fébriles des faits précédents. Les symptômes pyrétiques étaient habituellement peu prononcés, ils suivaient la marche périodique, cessant et se reproduisant vers le soir presque tous les jours; leur invasion, leur intensité, la forme même des accidents qu'ils présentaient, n'avaient cependant rien de très régulier et d'exactement semblable dans les divers paroxysmes. Les symptômes dyspepsiques ont au contraire toujours été prédominants; ils ont constitué seuls les prodromes de la fièvre pendant trois semaines, et dans tout le cours de la maladie, ils sont restés phénomènes principaux: toutefois, en comparant ces symptômes avec ceux qui ont été signalés dans les observations précédentes, on n'en est pas moins frappé de leur moindre intensité. Ainsi la malade avait de l'anorexie, mais elle n'était pas telle qu'elle ne pût la surmonter; la saveur perçue à la bouche était désagréable, nidoreuse, mais ce n'était pas cette saveur amère, âcre, ardente, qui se perçoit dans les dyspepsies qu'on appelle bilieuses (1713); un enduit muqueux, blanchâtre, revêtait la langue, au lieu d'une couche saburrhale jaune-grisâtre, ou d'un jaune-brun, comme dans les fièvres gastriques bilieuses; la céphalalgie, ce symptôme si constant et le plus souvent si intense, des dyspepsies nidoreuses, et surtout de

ces dyspepsies passées à l'état pyrétique, n'a même pas été signalée chez cette malade ; les selles diarrhéiques qui existaient au début de la maladie, dans son cours et encore à sa terminaison, ne survinrent pas avec ces douleurs torminéuses, habituelles dans la plupart des affections dyspepsiques. Les évacuations gastro-intestinales, soit spontanées, soit provoquées par l'art, étaient surtout formées par des matières muqueuses, c'est à dire presque exclusivement par le produit de la sécrétion des follicules mucipares gastro-intestinaux. La bile n'entrait pas dans la composition de ces produits diacritiques pour une grande proportion, ainsi qu'il arrive dans les autres formes de fièvres dyspepsiques. Des vers furent expulsés avec les matières muqueuses altérées excrétées par l'anus, c'est encore une circonstance qui appartient d'une manière spéciale aux fièvres dyspepsiques, auxquelles on a particulièrement assigné le nom de fièvres muqueuses.

Le deuxième ou troisième jour de l'invasion des accidents fébriles, la membrane muqueuse buccale devint le siége d'une phlogose qui entraîna la formation d'ulcérations aphtheuses, surtout aux gencives. Cette phlegmasie symptômatique persista presque jusqu'à la terminaison de la maladie. La malade ayant été soumise à l'administration, continuée pendant deux jours, du calomelas et de la rhubarbe, l'on serait porté à ne voir dans cette stomatite secondaire qu'un effet accidentel de l'action du mercure, si elle ne se retrouvait dans la plupart des observations recueillies dans la même épidémie sur des malades qui n'avaient point pris de mercure. Cette phlogose buccale, comparable à celle qui survient si souvent autour de l bouche et quelquefois de l'anus dans les fièvres dyspepsiques, se rencontre surtout dans les dyspepsies muqueuses et les fièvres assodes, auxquelles les auteurs ont spécialement assigné la dénomination d'embarras gastriques muqueux et de fièvres muqueuses. L'épidémie de

Gœttingue est ordinairement citée comme l'exemple le plus tranché qu'on connaisse de cette variété des fièvres assodes, sévissant sous la forme épidémique.

1748. L'invasion des fièvres rémittentes dyspepsiques arrive souvent sans prodromes. Cependant, dans beaucoup de cas, une dyspepsie nidoreuse plus ou moins prononcée (1703, 1709) précède de plusieurs semaines l'état fébrile, quelquefois avec des alternatives de diminution et de recrudescence (1706). La maladie ne passe alors à la forme de la fièvre dyspepsique rémittente qu'après avoir débuté et persisté pendant un certain temps sous la forme de la dyspepsie muqueuse ou nidoreuse apyrétique.

Prodromes des fièvres assodes rémittentes.

1749. Les fièvres assodes rémittentes ont les mêmes symptômes de dérangement des fonctions digestives que les dyspepsies nidoreuses simples (1709 *et sqq.*) et que la fièvre dyspepsique éphémère (1737); mais les phénomènes réactionnels ont des paroxysmes d'exacerbation et de rémission plus ou moins réguliers, dont la succession constitue la marche rémittente de la maladie.

Symptômes des fièvres assodes rémittentes.

Ces paroxysmes débutent par des horripilations ou même par des frissons qui sont quelquefois fugaces, mais qui durent le plus souvent pendant une ou deux heures, d'une manière continue ou avec des alternatives de froid et de chaleur qui se succèdent toutes les dix à quinze minutes. Pendant ce temps-là le malaise augmente, la céphalalgie devient de plus en plus vive; elle est gravative ou lancinante, occupant ordinairement le front et quelquefois le synciput; la courbature des membres augmente aussi et se joint à des douleurs obtuses dans les lombes et vers les articulations. Les malades ont des nausées, qui se reproduisent surtout par l'ingestion des boissons; quelquefois ils ont des vomissements de matières muqueuses ou bilieuses; ils éprouvent un sentiment général d'anxiété et d'accablement extrême. Enfin la chaleur fébrile s'établit; elle est très brûlante, pour le

malade, et âcre et sèche pour le médecin qui explore au toucher la température de la peau. Le pouls est vite, fréquent, large, ordinairement facile à déprimer. La face se colore d'un rouge comme violâtre sur les joues, qui fait ressortir la teinte jaune et pâle des ailes du nez et du pourtour de la bouche, laquelle devient véritablement ictérique, et s'étend souvent en même temps aux conjonctives, qui ont aussi un degré prononcé d'injection capillaire. Les lèvres sont injectées et comme gonflées. La langue présente une teinte rosée ou même rouge sur ses bords et une couche saburrhale, épaisse, blanche, grise ou jaunâtre, et quelquefois brune, sur sa base et quelquefois sur toute sa surface. La bouche est sèche et invisquée par une salive épaisse, muqueuse, d'une saveur fade, nidoreuse, et quelquefois amarescente. La respiration est accélérée; l'haleine est chaude et d'une odeur comme ammoniacale et fétide. Les malades éprouvent souvent en même temps une douleur gravative, ou un sentiment de constriction à l'épigastre, ou des douleurs tormineuses obtuses dans les flancs et à l'ombilic. Les urines sont incolores, ou rougeâtres et limpides; elles sont quelquefois brûlantes au passage, alors elles sont peu abondantes; dans quelques cas elles sont tout à fait supprimées. L'accablement s'exprime par l'abattement empreint sur le facies du malade et par la lenteur et la répugnance avec lesquelles il exécute les mouvements qu'il est forcé de faire dans son lit; si on le place sur son séant, il ne peut s'y soutenir qu'à peine; il a quelquefois une propension prononcée à la défaillance et une telle aptitude au refroidissement, malgré la température élevée de sa peau et l'ardeur même qu'il y éprouve, qu'on ne peut le découvrir, sans qu'il se plaigne de froid, même dans les chaleurs de l'été.

L'état fébrile arrive le plus ordinairement au degré d'intensité, auquel il réunit tous ces symptômes, en deux ou trois heures; il y persiste ensuite, pendant un

temps à peu près égal, après lequel il décroît par une diminution graduelle qui n'arrive guère à son terme en moins de trois ou quatre heures. Pendant ce dernier stade du paroxysme, la peau perd sa sécheresse, sa chaleur devient plus modérée; la langue s'humecte, la sécrétion de la salive se rétablit, la soif diminue, les urines reviennent en plus grande quantité et de plus en plus troubles, avec un sédiment d'un gris fauve ou rougeâtre; quelquefois des selles liquides précédées et accompagnées de tension du ventre, de borborygmes, d'émission de flatuosités et de douleurs tormineuses surviennent; assez souvent aussi des sueurs plus ou moins considérables se montrent. En général le décroissement des accidents s'accomplit avec d'autant plus de rapidité et devient d'autant plus complet, que les sueurs se produisent plus facilement et avec plus d'abondance.

Après que le paroxysme fébrile est terminé, les malades ne passent que dans le plus petit nombre des cas, à un état complet d'apyrexie; le plus souvent la fièvre reste très marquée dans l'intermission, ou au moins les malades ont une légère fréquence dans le pouls, de la sécheresse et un peu de chaleur à la peau, ou une aptitude extrême au refroidissement, phénomènes qui décèlent tous un certain degré d'état fébrile. Jamais les symptômes dyspepsiques proprement dits (1709), qui ont le plus souvent augmenté d'intensité pendant le paroxysme fébrile, ne s'interrompent dans la rémission; ils sont toujours d'autant plus intenses que le paroxysme rémittent a été lui-même plus grave, aussi diminuent-ils de violence quand les phénomènes pyrétiques des paroxysmes perdent de leur intensité.

Variations dans l'invasion, la marche et la succession des phénomènes paroxystiques.

1750. Nous venons de décrire la forme la plus habituelle des paroxysmes pyrétiques des fièvres assodes, mais ces paroxysmes présentent de nombreuses variations dans l'invasion, la marche et la succession de leurs phénomènes, non

seulement chez les différents malades, mais aussi chez le même malade et pendant le cours de la même maladie. Tantôt les exacerbations paroxystiques commencent par un frisson dont l'invasion est subite et sans prodromes; d'autres fois le frisson survient progressivement avec de la céphalalgie et des douleurs contusives générales intenses, c'est même ce qui est le plus ordinaire; enfin il est des cas où le frisson n'arrive pas, seulement l'accès commence par un état de malaise général, après lequel la fièvre s'allume, ou augmente d'intensité si déjà elle existait auparavant.

Symptômes spéciaux des fièvres rémittentes *lypyriques*.

1751. La marche et la succession des phénomènes paroxystiques sont sujettes aussi à de nombreuses modifications. Il n'est pas rare de voir des cas dans lesquels le frisson initial persiste à un certain degré pendant une grande partie de la durée du paroxysme sur quelques régions. Ainsi la chaleur devient intense sur le corps, au cou et à la tête, et les malades ressentent une vive ardeur à la gorge et quelquefois dans la poitrine et le ventre, pendant qu'ils ont froid aux pieds et aux mains, et même lorsque la peau de ces parties présente la teinte violâtre et cette corrugation qu'on a nommée chair de poule. C'est cette forme de l'état fébrile que les anciens désignaient par le mot *lypyrie*[1].

Symptômes spéciaux des fièvres *hélodes*.

1752. On rencontre des fièvres dyspepsiques rémittentes, et ce sont même toujours des fièvres graves, dans lesquelles les malades éprouvent, pendant toute la durée de l'accès, des sueurs abondantes qui ne font que les affaiblir. C'est cette forme de fièvre que les anciens appelaient *hélode*[2].

L'établissement des sueurs et de la diarrhée, et quelquefois même des vomissements dans le dernier stade, et en quelque sorte comme crise, est la circonstance des paroxysmes des fièvres assodes qui se montre avec le moins de régularité. Dans la plupart des cas, ce n'est même qu'après que la maladie est arrivée à sa période d'état que

[1] Galen, *Comment.* 4, *aph.* 48, c. 2, *prognost.* c. 4, cap. I.
[2] ἑλώδης, Galen. *adv. Lycum*, c. 2.

le dernier stade des paroxysmes prend décidément cette forme arrêtée.

1753. La succession des paroxysmes et l'état des malades dans leurs intervalles offrent aussi beaucoup de variations. Le plus souvent il y a un paroxysme tous les jours ; c'est alors la fièvre rémittente que l'on a appelée continue-quotidienne. Les paroxysmes quotidiens se correspondent fréquemment de deux en deux jours, celui d'un jour ayant par rapport à celui du lendemain des différences pour son invasion, pour quelques uns de ses symptômes, ou pour les phénomènes de ses stades; le type de la maladie est alors celui des fièvres doubles tierces, que les anciens appelaient *hémitritées*. C'est spécialement ces fièvres rémittentes qu'Hippocrate désignait sous le nom de fièvres *phricodes*, et auxquelles il a ribuait comme symptôme pathognomonique la fréquence des frissons ou des horripilations[1]. Lorsqu'il y avait un accès tous les jours avec un accès plus intense tous les trois jours, la fièvre était une *tritéophie*.

Type des fièvres rémittentes assodes, des fièvres *hémitritées*, *phricodes* et *tritéophiques*.

Les intermissions des paroxymes présentent aussi des différences suivant les jours; quelquefois l'intermission des accidents fébriles proprement dits, est complète après un paroxysme, et incomplète après l'autre, et cette différence se reproduit ensuite elle-même pendant le cours de la maladie, soit régulièrement soit irrégulièrement.

1754. Toutes les formes variées des paroxysmes des fièvres dyspepsiques rémittentes, rendent très difficile de tracer un tableau de ces fièvres qui embrasse la plupart des cas de ces maladies, d'autant plus qu'elles sont encore modifiées dans leurs accidents extérieurs, par les différences que présentent les divers symptômes dyspepsiques eux-mêmes, les épiphénomènes qui se joignent à ces symptômes, et les modifications qui se produisent pendant tout le cours de la maladie, suivant son intensité

De la division des fièvres assodes rémittentes en fièvres rémittentes bilieuses et en fièvres rémittentes muqueuses.

[1] Burckard, *De feb. mesent. dissert.*, p. 4.

et selon le mode de terminaison auquel elle tend. On peut cependant comprendre dans une description exacte de ces maladies tous les phénomènes principaux qui se succèdent à toutes leurs périodes, en les rapportant à deux formes déterminées qui représentent spécialement les fièvres désignées par nos prédécesseurs par les épithètes de muqueuses et bilieuses. Toutes les fièvres rémittentes dyspepsiques se rapprochent plus ou moins de ces deux formes tranchées, qui ne sont que deux manières d'être de la même maladie, particulièrement dues à des circonstances qui proviennent spécialement de ses causes.

Synonymie de la fièvre dyspepsique rémittente muqueuse.

1755. La fièvre dyspepsique rémittente muqueuse, est la fièvre que Sennert appelait quotidienne continue [1], et que Ettmuller a décrite avec beaucoup d'exactitude sous le nom de fièvre lymphatique [2]; c'est la fièvre amphimérine de Sauvage [3], la fièvre rémittente gastrique pituiteuse de P. Franck, la fièvre muqueuse de Pinel.

Définition des fièvres rémittentes muqueuses.

1756. La fièvre dyspepsique rémittente muqueuse reconnaît pour lésion primitive une diacrise affectant surtout les cryptes mucipares gastro-intestinales. Cette maladie doit sa forme fébrile aux phénomènes réactionnels qui résultent des conditions constitutives d'une diacrise qui affecte des organes étendus ou nombreux (1562 *et sqq.*), et spécialement de la turgescence diacritique (1561) et du trouble des fonctions digestives (1568, 1573).

D'après ses symptômes, la fièvre assode rémittente muqueuse peut se définir une affection dyspepsique dans laquelle prédominent les phénomènes d'augmentation d'activité des sécrétions muqueuses gastro-intestinales, avec état fébrile rémittent, à paroxysmes quotidiens mal limités, et à stades incertains. L'observation que nous avons em-

[1] D. Sennerti, *Epit. instit. med.*, *lib. de feb.*, lib. II., cap. XIV, p. 62, édit. in-16. Amstelod. 1653.

[2] *Colleg. consult.*, Cas XXXI, p. 1459.

[3] *Nosolog. meth.* cl. 2. ord. 2, gen. IV.

pruntée à l'histoire de l'épidémie de Gœttingue (1747) est un exemple de cette maladie.

Symptômes précurseurs des fièvres assodes rémittentes muqueuses.

1757. La fièvre dyspepsique rémittente muqueuse a presque toujours des symptômes précurseurs. Ces prodromes sont des phénomènes de dyspepsie, qui consistent plus spécialement dans les symptômes suivants. D'abord, des douleurs vagues comme de lassitude dans les articulations et dans la continuité des membres, bientôt de l'anorexie et la perception d'une saveur fade et muqueuse à la bouche, une odeur acide de l'haleine; la langue blanche, surtout à la base, présentant souvent sur ses bords et à son extrémité des papilles érigées qui se montrent sous l'aspect de points rouges épars sur la membrane muqueuse. Dès lors la digestion est pénible; elle s'accompagne d'éructations fréquentes et de douleurs gravatives à l'épigastre; elle provoque ou exaspère la céphalalgie qui existe le plus souvent d'une manière continue. Les malades ont ordinairement de la constipation qui alterne avec des selles liquides dont l'excrétion est précédée de douleurs tormineuses et de flatuosités fétides. Ces selles sont formées de matières muqueuses jaunâtres. Le sommeil est léger et troublé par de l'agitation et quelquefois par des rêves pénibles. Le plus souvent pendant la nuit, et quelquefois dans le jour, surtout vers le soir, les malades ont des sueurs peu abondantes qui s'établissent facilement; ils éprouvent en même temps une aptitude des plus prononcées à ressentir l'impression du froid. Dans cet état de dyspepsie muqueuse, des vers lombrics sont quelquefois expulsés par les vomissements ou par les selles.

Cet état morbide a des variations d'intensité plus ou moins irrégulières, tantôt il se suspend pendant quelques jours, paraissant terminé; tantôt il s'exaspère aussi pendant un certain temps ou d'une manière fugace. Le plus souvent ces exacérbations finissent par des évacuations alvines diarrhéiques muqueuses, plus ou moins considé-

rables. Dans tous les cas, cet état précurseur des fièvres dyspepsiques muqueuses persiste rarement moins de deux ou trois semaines; il se prolonge souvent pendant cinq à six avant de prendre décidément le caractère pyrétique.

Symptômes d'invasion et d'accroissement de la fièvre rémittente muqueuse.

1758. L'invasion de la fièvre rémittente muqueuse arrive le plus souvent vers le soir par un sentiment universel de froid peu prononcé et comme erratique, avec augmentation de tous les symptômes dyspepsiques, de la céphalalgie et des douleurs contusives des membres; le pouls s'élève progressivement, sans atteindre cependant une grande fréquence; la chaleur de la peau s'établit peu à peu mais sans devenir très vive; les capillaires s'injectent sur les pommettes, aux conjonctives, et sur les lèvres qui deviennent tendues et d'une couleur rouge qui tranche sur la teinte ictérique blafarde des ailes du nez et du pourtour de la bouche. La langue est enduite quelquefois sur toute sa surface, mais toujours sur sa base, d'une couche saburrhale d'un blanc mat, semblable à du caséum; elle est souvent, à es bords et à son extrémité, d'un rouge vif, pointillé et quelquefois uniforme : elle est alors visqueuse au toucher et à demi desséchée. La soif est modérée, quelquefois elle est nulle, et même des malades ont de la répugnance pour les boissons, qui occasionnent des douleurs gastriques, et dans quelques cas des nausées et des envies de vomir. Le malade est accablé, et souvent il tombe dans un état de demi-somnolence. Tous ces symptômes persistent avec l'état fébrile, qui prend progressivement de l'intensité pendant une partie de la nuit, pour diminuer ensuite, laissant un accablement et une faiblesse plus grandes qu'avant l'invasion, et des accidents dyspepsiques encore plus prononcés

Il est rare que la fièvre cesse complètement dans les quatre à cinq premiers jours : elle est réellement continue; ses paroxysmes ne sont que des recrudescences qui reviennent vers le soir mais presque toujours à une heure indé-

terminée; dans la plupart des cas, l'exacerbation avance ou retarde au moins d'une, deux ou trois heures.

L'intensité de tous les accidents, mais surtout de la céphalalgie, de l'agitation et de l'état général de courbature douloureuse et de faiblesse augmente ordinairement pendant quatre ou cinq jours. Nous avons sous les yeux une observation sur un cas dans lequel l'accroissement progressif a duré jusqu'au huitième jour. Dans la plupart des cas, à mesure que la maladie augmente, l'invasion des paroxysmes par le frisson se prononce davantage, et le plus ordinairement aussi le décroissement des paroxysmes est marqué par des sueurs plus abondantes. Cette circonstance a été bien marquée chez les malades de l'épidémie de Gœttingue (1747).

Symptômes des fièvres assodes rémittentes muqueuses à leur période d'état.

1759. Arrivée à sa période d'état, la fièvre assode rémittente muqueuse conserve tous les symptômes dyspepsiques de sa période d'invasion, presque toujours joints à des phénomènes d'évacuations anomales. Ces phénomènes sont surtout des vomissements de mucosité plus ou moins mêlée de bile et précédés de nausées, qui se manifestent surtout au début des paroxysmes, ou des selles liquides avec des douleurs tormineuses qui surviennent surtout à leur déclin. Fréquemment aussi les malades ont des sueurs plus ou moins abondantes à la fin des paroxysmes, et presque toujours pendant la nuit; il arrive également dans le plus grand nombre des cas, que des urines sédimenteuses, troubles, se joignent à ces diacrises symptomatiques de la pea et des cryptes mucipares intestinales. Tous ces symptômes diacritiques surviennent progressivement et se prononcent de plus en plus chaque jour, surtout aux moments des paroxysmes, sans néanmoins suivre dans cette progression une marche régulière. Rien, au contraire, de plus irrégulier que la marche ascendante de ces symptômes diacritiques, tant pour leur ordre de succession que pour leurs rapports réciproques, et leurs rapports avec les autres

phénomènes morbides; un jour il survient de la diarrhée, le lendemain c'est une sueur plus ou moins prononcée, ou des vomissements, ou des urines abondantes, troubles et sédimenteuses; le troisième jour, c'est un autre phénomène diacritique ou la reproduction d'une des diacrises critiques des jours précédents. A mesure que ces diacrises se prononcent, les limites des paroxysmes se circonscrivent mieux, et leurs intervalles se prolongent davantage et sont plus nettement tranchés. Cette période d'état ne dure guère que quatre ou cinq jours, sept à huit jours au plus.

Symptômes des fièvres muqueuses rémittentes à leur déclin.

1760. Dès que la maladie commence à décliner, les symptômes dyspepsiques jusqu'alors intenses, diminuent, et avec eux les phénomènes pyrétiques maintenant intermittents et modérés. Ainsi la céphalalgie cesse avec la courbature des membres, qui ne laisse subsister qu'une faiblesse générale, le plus souvent très prononcée. La langue se débarrasse de son enduit saburrhal, elle devient humide, molle et large; le malade ne perçoit plus de saveur nidoreuse à la bouche; il ne se plaint plus de la sécheresse de la gorge; il éprouve quelque appétence pour les aliments; la douleur gastralgique, les borborygmes, les flatuosités qui survenaient pendant la digestion, n'arrivent plus, pourvu que l'on n'ingère qu'une quantité très modérée d'aliments liquides.

La période décroissante des fièvres dyspepsiques muqueuses est toujours longue; les malades ne sont presque jamais rétablis avant huit à dix jours après la cessation définitive de l'état fébrile. Cette cessation n'arrive, dans la plupart des cas, que progressivement; d'abord, la longueur et l'intensité des paroxysmes fébriles diminuent, puis ces accidents deviennent comme irréguliers, paraissant et disparaissant à des heures indéterminées, presque toujours avec peu d'intensité, quelquefois même si légers qu'ils ne sont plus qu'un malaise passager. A mesure que cette diminution des accidents s'accomplit, des

évacuations, qui ont le plus souvent précédé le déclin de la maladie, se produisent par les sueurs, les urines ou les selles. Ces évacuations se succèdent aussi souvent sans régularité, s'interrompant et se rétablissant par intervalles, sans marche déterminée; elles alternent cependant dans le plus grand nombre des cas, pendant les premiers jours, avec un état de recrudescence de la maladie, puis ensuite elles ne se montrent plus que par intervalles pendant une, deux, quelquefois même trois semaines, sans déterminer d'autres accidents qu'un état de malaise passager.

Conditions les plus habituelles du développement des fièvres assodes rémittentes muqueuses.

1761. La fièvre rémittente dyspepsique muqueuse est une maladie assez fréquente dans certaines années, surtout dans les saisons humides et froides, chez les sujets lymphatiques et débiles; c'est pourquoi elle affecte plus communément les vieillards, les femmes, et surtout les enfants; elle est, pour ces derniers, la forme ordinaire des dyspepsies graves.

Symptômes de la fièvre dyspepsique muqueuse des jeunes enfants.

1762. Il est utile de décrire séparément la fièvre dyspepsique muqueuse des enfants du premier âge. Après quelques jours d'un malaise indéterminé qui se reconnaît surtout à l'air abattu et au caractère irritable de l'enfant, la fièvre débute par de la chaleur à la peau, une assez grande fréquence du pouls, une empreinte d'abattement prononcé sur la face. Des nausées qui se reconnaissent surtout au tremblement des lèvres, aux mouvements de contraction comme spasmodiques des commissures de la bouche, se manifestent le plus ordinairement et se joignent quelquefois à des vomissements. Cependant la fièvre croît et l'enfant semble d'autant plus abattu qu'elle est plus vive; il tombe dans une espèce d'assoupissement; il a souvent des mouvements comme spasmodiques; la fièvre persiste d'abord sans rémissions ou exacerbations évidentes. Les symptômes dyspepsiques consistent dans la présence d'une couche saburrhale blanchâtre sur la langue, qui est molle et humide, sans chaleur anomale au tou-

cher; l'odeur acide et même fétide de l'haleine, la présence d'un mucus visqueux dans la bouche; des nausées, des vomissements, le refus de l'enfant de téter ou de boire indique son dégoût pour tous les aliments; il survient des mouvements de régurgitation, quand on fait boire l'enfant de force. Le petit malade a des secousses rares de toux sèche non quinteuse, dont l'état des organes thoraciques ne rend point raison; le ventre est tendu et à demi météorisé à la région épigastrique; les intestins sont le siége de borborygmes très fréquents; l'enfant rend des flatuosités fétides ou des selles mucoso-bilieuses, verdâtres.

Les accidents persistent ainsi ordinairement d'abord pendant deux jours, sans rémission évidente; ils diminuent ensuite d'intensité : des évacuations alvines ordinairement verdâtres se produisent deux ou trois fois par jour; la fièvre diminue ou même s'interrompt, pour recommencer dès le soir ou la nuit suivante. L'enfant commence à recevoir les boissons qu'on lui présente et paraît même souvent les désirer pendant la rémission des accidents fébriles; mais le retour du paroxysme est souvent marqué par le retour des nausées et du dégoût pour les boissons, et quelquefois des vomissements. Le plus ordinairement les symptômes saburrhaux et les phénomènes fébriles vont en diminuant dès le troisième ou le quatrième jour, et la maladie se termine habituellement du sixième au huitième. Les rémissions deviennent d'autant plus longues et plus complètes, que les évacuations saburrhales par les vomissements ou les selles s'accomplissent plus facilement, qu'elles soient spontanées ou provoquées par l'art[1].

De la stomatite épiphénoménique des fièvres muqueuses.

1763. Nous avons vu dans l'observation empruntée à l'épidémiologie de Gœttingue (1747), la stomatite se montrer parmi les symptômes de la fièvre muqueuse rémittente; cet accident est un épiphénomène très commun de la fièvre

[1] Butter, *Treatise on the infantile remittent fever*, p. 48. Edimb., 1782.

rémittente muqueuse. Cette stomatite s'annonce par une vive rougeur et un sentiment d'ardeur prononcé sur la muqueuse buccale, linguale et gingivale, qui est en même temps tuméfiée; elle est souvent aphtheuse, et paraît pendant la période d'état de la maladie (1759); c'est surtout dans les fièvres dyspepsiques pituiteuses des enfants, qu'elle se manifeste; elle ne devient grave que par l'influence de circonstances accessoires; elle disparaît ordinairement au déclin de l'état morbide, et très fréquemment elle est suivie de l'éruption labiale critique, qui arrive souvent après toutes les fièvres dyspepsiques; plus fréquemment encore la stomatite est remplacée par l'œdème des extrémités, si fréquent dans la convalescence des fièvres dyspepsiques pituiteuses des jeunes sujets.

Définition de la fièvre assode rémittente bilieuse.

1764. La fièvre rémittente bilieuse est la fièvre à laquelle les auteurs ont spécialement imposé les dénominations de fièvre cholérique [1], de fièvre bilieuse [2], de fièvre gastro-hépatique [3]. Elle se caractérise surtout par l'intensité des symptômes de l'embarras gastrique bilieux (1713), sa marche rémittente, et l'acuité et l'intensité de ses phénomènes fébriles qui ont des paroxysmes très marqués et bien limités, au moins à leur début, et surtout par cette circonstance que tous les phénomènes morbides indiquent, avec la dyspepsie nidoreuse, la présence d'une diacrise hépatique, d'où résultent à la fois des flux bilieux et des symptômes ictériques prononcés.

Prodromes de la fièvre rémittente bilieuse.

1765. L'invasion de la fièvre assode rémittente bilieuse arrive souvent d'une manière subite au milieu de l'état de santé le plus complet, elle est aussi fréquemment précédée d'une dyspepsie nidoreuse qui a tous les symptômes de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal (1709). Cette dys-

[1] Fred. Hoffmann. *Med. ration. syst.*, t. IV, part. I, sect. II, cap. II, § 6.

[2] Schrœder, *Dissert. de amplit. generis feb. bilio.*, Gœtt., 1766.

[3] Val. nob. ab Hildenbrand, *Instit. pract. med.*, t. IV, gen. IV, § 1237, p. 711.

pepsie dure quelquefois pendant plusieurs semaines, avec une intensité variable; elle se joint parfois à des mouvements fébriles erratiques qui sont comme le degré le plus léger de la fièvre dyspepsique éphémère, et qui sont dans ce cas les prodromes de la fièvre rémittente dyspepsique.

Symptômes d'invasion des fièvres dyspepsiques rémittentes bilieuses.

1766. Qu'elle ait été ou non précédée de prodromes, l'invasion des fièvres rémittentes dyspepsiques bilieuses s'annonce le plus souvent par un frisson ordinairement peu prononcé, auquel se joint un sentiment intense d'accablement et de courbature dans les membres et vers les lombes; le frisson initial est habituellement de courte durée, ou plutôt il a des alternatives rapprochées d'accroissement et de diminution; dans ces interruptions fugaces du frisson, la chaleur fébrile se développe et devient de plus en plus vive surtout vers la tête. La fréquence du pouls commence avec le frisson, et les pulsations artérielles se modifient avec les alternatives du frisson et de la chaleur fébrile : serrées et petites, tant que le malade éprouve les horripilations du frisson; pleines et larges, mais cependant toujours facilement dépressibles, quand la chaleur fébrile s'établit. Dès l'invasion des premiers accidents pyrétiques, la céphalalgie survient et augmente ensuite comme les symptômes fébriles; elle est à la fois gravative et comme térébrante, et occupe le plus ordinairement les régions frontale et sus-orbitaire. Le malade a presque toujours en même temps des nausées et quelquefois des vomissements; sa bouche se remplit d'une salive visqueuse; il y perçoit une saveur amarescente; il éprouve à l'épigastre un sentiment de constriction qui est quelquelois porté jusqu'au degré d'une vive douleur térébrante; la pression sur cette région est douloureuse; les urines sont supprimées; la face devient comme violâtre sur les lèvres et les pommettes; les yeux semblent excavés; la langue est large, livide, molle, jaunâtre, et comme lanugineuse à sa surface, elle est souvent tremblante. Tel est l'état du malade pendant le frisson initial de

la fièvre dyspepsique bilieuse, c'est à dire pendant les deux ou trois premières heures de la maladie.

Symptômes de la fièvre assode rémittente bilieuse développée.

1767. Dès que la chaleur est établie, la tête est le siége d'une douleur gravative et constrictive qui occupe toute sa circonférence; le malade éprouve en outre des douleurs dilacérantes sur le front et aux tempes; la face a sur les pommettes une teinte rouge livide; les yeux sont injectés; les lèvres sont sèches, comme gonflées et d'un rouge foncé; la bouche est sèche, ou remplie d'une salive visqueuse, amère; l'haleine est brûlante; la langue est large et couverte d'une couche de matière jaune ou verdâtre, qui tend à la fois à s'épaissir et à se dessécher. Le malade est tourmenté par des éructations acides, âcres ou amères, assez souvent suivies de nausées et quelquefois de vomissements d'une matière jaunâtre, d'abord acide et ensuite amère. A mesure que les vomissements se renouvellent, le liquide expulsé devient d'un vert brun et imprime à la gorge une sensation d'âcreté. La peau est injectée, d'un rouge rosé et comme vergetée sur presque tout le corps, et principalement sur les côtés du thorax et du cou, sur les bras et les cuisses; elle est le siége d'une chaleur sèche et âcre au toucher. Le malade éprouve sur tout le corps une vive ardeur et ressent par intervalles des douleurs fugaces et comme pongitives, tantôt dans une partie, tantôt dans une autre. Le pouls est large, d'une fréquence modérée, facile à déprimer. Les veines superficielles sont gonflées et très apparentes. Les selles sont suspendues, les urines presque nulles ou très peu abondantes, et alors rougeâtres. Le malade, couché en supination, semble accablé par une extrême courbature; il est le plus souvent privé de sommeil.

Les accidents persistent avec toute cette intensité pendant trente-six et même quarante-huit heures, et quelquefois même pendant trois jours, pour les formes les plus graves des fièvres assodes rémittentes bilieuses. Si la ma-

ladie n'a qu'une faible intensité, le premier paroxysme dure seulement douze à quatorze heures. Dans tous les cas, la diminution des accidents s'annonce par une diminution de la douleur de tête et de la fréquence du pouls, et surtout par la disparition de la chaleur sèche de la peau, qui est remplacée par une chaleur douce et halitueuse; les urines deviennent en même temps plus abondantes; quelquefois il survient de la sueur; la soif s'affaiblit; les éructations nidoreuses, les nausées et les vomissements se calment; il en est de même de l'anxiété et de l'agitation du malade; souvent le ventre s'ouvre, et des évacuations bilieuses précédées de coliques surviennent.

1768. Le paroxysme terminé, le malade conserve les symptômes dyspepsiques et l'état fébrile, mais avec une moindre intensité; la langue, plus humide, est visqueuse à sa surface, et n'en reste pas moins enduite d'une couche saburrhale d'un jaune brunâtre; la soif est moins vive, mais l'anorexie et la saveur amère à la bouche persistent; les vomissements, les nausées et même le plus souvent les éructations nidoreuses sont suspendues. La fièvre est modérée; la chaleur de la peau reste sèche; mais elle n'est plus âcre au toucher, comme pendant le paroxysme. Du côté des phénomènes de souffrance organique, la céphalalgie a diminué, on ne remarque plus la même rénitence, ni la même douleur à la pression, sur les hypochondres et à l'épigastre. Le plus souvent le ventre est à demi tendu et météorisé, et le malade est tourmenté par des éructations nidoreuses, des borborygmes et des flatuosités fétides.

Ictère symptômatique des fièvres rémittentes assodes.

1769. On reconnaît ordinairement dans tous les cas graves, pendant la rémission, si déjà on ne l'avait aperçu plus tôt, que le visage et même toute la surface des téguments des malades présentent une coloration ictérique. L'injection capillaire des téguments empêche quelquefois de reconnaître cet ictère pendant le paroxysme; il n'est d'ailleurs, dans la plupart des cas, bien prononcé que le deuxième ou

le troisième jour de la fièvre, excepté cependant pour celles de ces maladies qui ont été précédées de prodromes dyspepsiques longs et intenses (1709 *et sqq.*). Cet ictère, à son plus léger degré, ne se remarque que sur la conjonctive qui revêt la sclérotique, surtout près de la base des paupières, sur les ailes du nez et autour des commissures buccales; mais, dans tous les cas qui atteignent un certain degré d'intensité, la conjonctive est d'un jaune très prononcé sur toute la surface de la sclérotique, et non seulement sur les ailes du nez et la commissure des lèvres, mais aussi la peau du cou, du front et des paupières, ont une légère nuance jaune. Dans les fièvres rémittentes graves, l'ictère est évident sur toute la surface du corps; il n'est pas rare qu'il soit porté jusqu'au point d'imprimer une teinte safranée aux sclérotiques et à toute la peau. L'ictère augmente de plus en plus pendant les quatre à cinq premiers jours de la maladie, surtout pendant les paroxysmes fébriles.

Marche des accidents de la fièvre assode rémittente bilieuse.

1770. Le paroxysme terminé, si la fièvre assode rémittente bilieuse est très grave, la rémission est peu prolongée, et, pendant sa durée, la fièvre reste vive, et le malade est dans un état d'accablement extrême, avec une vive céphalalgie et des douleurs violentes de courbature dans les membres; bientôt un nouveau paroxysme presque toujours moins long que le premier, mais le plus souvent plus intense par la gravité des phénomènes pyrétiques, s'établit. La deuxième rémission est toujours plus courte et plus incomplète que la première, et la troisième plus courte et moins prononcée encore que la seconde; ainsi les paroxysmes s'effacent, et la maladie tend à la forme continue. Pendant ce temps la fièvre assode marque ses progrès par la violence croissante de ses symptômes, auxquels se joignent, dans la plupart des cas, des épiphénomènes graves, tels que des vomissements bilieux abondants ou des selles liquides bilieuses si considérables qu'elles épuisent les malades; des douleurs de crampes dans les extrémités, le

hoquet, des mouvements spasmodiques, du délire, etc.; le pouls devient très fréquent, petit et dépressible et la respiration accélérée, haute, incomplète; toutes les forces déclinent, et quelquefois le malade succombe à la violence des accidents : cette terminaison funeste est heureusement rare; elle arrive du neuvième au quatorzième jour de la maladie.

Si la fièvre dyspepsique bilieuse grave ne se termine pas d'une manière funeste, la marche croissante des accidents, manifestée par l'intensité des symptômes fébriles dans les paroxysmes, par la brièveté de plus en plus grande des rémissions, et par la diminution de plus en plus incomplète des accidents pendant les rémissions, s'arrête ordinairement au bout de sept à huit jours au plus; alors les paroxysmes se raccourcissent et amènent une exacerbation des symptômes moins prononcée, et surtout qui diminue plus rapidement et dans des limites plus écartées, en sorte que l'état du malade dans les rémissions devient de plus en plus voisin de la forme simple des dyspepsies nidoreuses apyrétiques. Sur la fin des paroxysmes, la peau s'humecte, et même souvent se mouille de sueur; le ventre s'ouvre, et des selles liquides, facilement excrétées, surviennent; des urines sédimenteuses, grasses, rougeâtres, sont aussi rendues.

Les diacrises secondaires et critiques de la peau, du tube digestif et des reins ne se montrent pas également après tous les paroxysmes des fièvres rémittentes bilieuses décroissantes; le plus souvent c'est après le cinquième ou le sixième paroxysme qu'on les observe; dans tous les cas, dès qu'elles sont établies, la fièvre perd de son intensité. D'abord la rémission se prononce davantage et devient ensuite si complète, que le malade passe à l'état d'apyrexie, et que la fièvre rémittente se trouve ainsi convertie en une véritable fièvre intermittente; dès lors les accès deviennent de moins en moins prononcés, et ne tardent pas plus de

cinq à six jours à disparaître, à moins que la maladie, par suite de la nature même de ses causes, ne soit compliquée de fièvre intermittente.

Marche et durée habituelle des fièvres rémittentes bilieuses de nos climats.

1771. Dans les fièvres dyspepsiques bilieuses les plus ordinaires de nos climats, le paroxysme initial constitue toute la période ascendante de la maladie; après qu'il est terminé, tous les accidents fébriles et dyspepsiques persistent pendant sept ou huit jours au plus, en perdant chaque jour de leur intensité. Les exacerbations se reproduisent presque toujours régulièrement; elles débutent par un stade de frisson peu marqué, auquel succède la chaleur fébrile, quelquefois suivie elle-même de la sueur. Tous les symptômes sont de moins en moins intenses à chaque paroxysme. Le plus souvent des vomissements bilieux, mais surtout des selles liquides, également bilieuses, s'établissent à chaque exacerbation, mais en perdant de jour en jour de leur intensité; après trois ou quatre paroxysmes, et même souvent plus tôt, les vomissements disparaissent; pour les évacuations diarrhéiques elles persistent dans beaucoup de cas pendant les rémissions, et même encore durant quelques jours après que les paroxysmes fébriles ont cessé.

Type des fièvres rémittentes bilieuses.

1772. Le type suivant lequel se succèdent les paroxysmes des fièvres assodes bilieuses varie peu; presque toujours ils reviennent tous les jours à une heure à peu près fixe; le plus souvent, différant en cela des fièvres rémittentes muqueuses, qui ont presque toujours leurs accès quotidiens et souvent mal réglés (1747), les fièvres dyspepsiques bilieuses ont des paroxysmes qui se correspondent de deux en deux jours, tant pour les heures d'invasion que pour la forme de leurs accidents qui suivent ainsi exactement le type hémiternaire. Presque toujours le premier paroxysme, souvent aussi le deuxième, mais rarement le troisième, ont une durée insolite, qui, dans la plupart des cas, est double de la durée que conserveront les paroxysmes

suivants. Pendant ces premiers jours, comme l'a fait remarquer Borsieri[1], nonobstant les paroxysmes réguliers, les malades ont, pendant le jour et la nuit, comme des accès irréguliers ou des exacerbations, qui se marquent par l'augmentation de la fièvre, de la céphalalgie, des douleurs des membres et surtout par la vive agitation du malade.

1773. Les symptômes des fièvres dyspepsiques rémittentes que nous venons de décrire appartiennent à la forme la plus grave de ces maladies dans nos climats tempérés, où elles n'atteignent que rarement l'intensité qu'elles ont dans les régions méridionales de l'Europe; intensité qui est elle-même encore au dessous de la violence avec laquelle ces maladies sévissent dans les contrées tropicales. Quoi qu'il en soit, les symptômes des fièvres assodes, dans tous les lieux où elles règnent, malgré leurs différences d'intensité, sont toujours de même nature.

Description des fièvres rémittentes bilieuses de la côte d'Afrique.

1774. Voici la description que S. Boyle a tracée de la fièvre rémittente bilieuse de la côte d'Afrique et spécialement de Sierra Leone :

« La maladie s'annonce par un affaissement général physique et moral pendant trois, quatre jours, et même plus long-temps; elle débute ensuite par des douleurs dans les membres, dans les articulations ou à la tête, fréquemment avec des vomissements bilieux; immédiatement après, sinon en même temps, il survient de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls et une couche saburrhale plus ou moins marquée sur la langue. Au début de la maladie les intestins sont dans l'état naturel aussi fréquemment que dans l'état de constipation ou de diarrhée. La peau est le siége d'une vive chaleur anomale qui coïncide quelquefois avec une perspiration abondante, ou une sécheresse extrême. Les modifications du pouls, qui est toujours plus ou moins fréquent, sont sans nombre; tantôt il est dur, ou petit et comme contracté; d'autres fois il est mou, ondu-

[1] *Instit. med. pract.*, t. II, p. III, § CCCLXXIX.

lant, ou bien régulier ou irrégulier; dans quelques cas rares, il est plein et rebondissant, et c'est alors que les yeux semblent injectés et enflammés. Les malades ressentent des douleurs dans les yeux, ou à la partie inférieure du front, au dessus des orbites, ou au moins dans quelque point déterminé de la tête; ils éprouvent en même temps un sentiment très prononcé de pesanteur et de confusion dans la tête avec une forte propension au sommeil. Lorsque, au contraire, le pouls est moins développé, tous ces derniers symptômes sont moins prononcés, ou même manquent tout à fait : dans ces cas, la douleur est plutôt rapportée aux grandes articulations des extrémités et aux lombes, et les malades ressentent en même temps un malaise indéfinissable. Les accidents fébriles débutent fréquemment par un frisson, comme le frisson initial des accès de fièvre intermittente, qui se reproduit ensuite rarement pendant le cours de la maladie. Aux symptômes indiqués, l'on voit souvent se joindre la coloration jaune de la peau et des yeux, presque toujours avec des vomissements de bile, d'un vert plus ou moins foncé. Les premières évacuations alvines sont, dans la plupart des cas, noires comme du goudron et d'une odeur extrêmement fétide.

» La maladie augmente d'intensité jusqu'au huitième, neuvième et même dixième jour. Pendant cette marche, elle présente toujours alternativement un bon et un mauvais jour, avec des exacerbations quotidiennes constantes, qui commencent ordinairement à trois ou quatre heures après midi, et continuent pendant une partie plus ou moins longue de la nuit, avec une rémission courte et imparfaite, vers le matin.

» Au plus haut degré de la maladie, les malades tombent dans le délire; ils rêvent éveillés; les objets de leur délire sont toujours tristes et effrayants. Pendant que les malades sont dans cet état, leur agitation est extrême; ils

changent continuellement de position, ils veulent se lever; on est obligé de les fixer dans le lit. Arrivée à ce degré, la fièvre rémittente se termine souvent d'une manière funeste; lorsqu'une semblable terminaison se prépare, le délire devient calme, les urines et les selles coulent involontairement, et les extrémités se refroidissent et deviennent livides [1]. »

On ne peut établir de différence réelle, autre que celle qui résulte de la différence d'intensité, entre les symptômes des fièvres assodes rémittentes de la côte d'Afrique et ceux des fièvres dyspepsiques intenses de nos climats. Dans les unes comme dans les autres, les symptômes dyspepsiques proprement dits sont les mêmes, les phénomènes de réaction fébrile se montrent également sous des formes semblables, en même temps ou peu après que la dyspepsie s'est annoncée par ses symptômes propres; ils suivent également la marche rémittente et arrivent à leur plus haut degré jusqu'à s'associer des accidents nerveux et délirants, auxquels succède l'adynamie qui précède immédiatement la mort. L'ictère plus ou moins prononcé, les douleurs articulaires, la céphalalgie, les vomissements bilieux, tous ces symptômes graves des fièvres dyspepsiques bilieuses de nos climats, se retrouvent dans celles des contrées méridionales.

Description des fièvres rémittentes bilieuses de l'Inde.

1775. Si l'on considère les fièvres rémittentes bilieuses des régions tropicales de l'Asie, on y reconnaît également, comme pour les fièvres du midi de l'Europe et du littoral de l'Afrique, l'identité des conditions morbides constitutives par l'identité de nature des phénomènes et la similitude des symptômes. Cette étude est facile; il n'y a peut-être pas de maladies qui aient été l'objet de descriptions plus multipliées et à la fois plus concordantes que les fièvres

[1] *A practical medico-historical Account of the western Coast of Africa*, etc., by James Boyle. M. R. C. S., colonial Surgeon to Sierra-Leone. London, 1831, chap. III, p. 131.

rémittentes de ces régions[1]; aussi nous suffira-t-il de rapporter une seule description de cette maladie pour faire connaître les principaux phénomènes qu'elle présente dans toutes les contrées intertropicales. Nous choisissons celle de la fièvre bilieuse rémittente de Ceylan que l'on doit au docteur H. Marshall.

« La maladie survient rapidement, ou bien un état d'indisposition de plusieurs jours précède son invasion violente. Ses principaux symptômes sont la perte d'appétit, l'accablement, les douleurs dorsales, les sensations alternatives de chaleur et de froid; à tous ces symptômes succèdent une ardente chaleur partout le corps, la céphalalgie, la respiration anxieuse, la blancheur de la langue, des angoisses épigastriques, quelquefois le pouls plein et fréquent, des nausées et par fois des vomissements. Après une durée plus ou moins longue ou courte, la rémission arrive ordinairement avec de la moiteur. Dans la plupart des cas cette rémission s'établit vingt-quatre heures après l'invasion du paroxysme, ordinairement vers le matin; quand elle a duré quelques heures, les symptômes fébriles reprennent souvent avec une violence plus grande. Tel est le mode de succession des exacerbations et des rémissions. Il y a quelquefois plusieurs rémissions et exacerbations dans un jour.

» A mesure que la maladie marche, les rémissions deviennent de moins en moins évidentes; la langue se couvre d'un enduit brun ou noirâtre; la peau devient jaunâtre,

[1] Les principaux et les plus dignes de confiance parmi les médecins qui ont traité de ces fièvres sont G. Ballingall : *Practical Observations on Fever, Dysentery and Liver Complaints.* Edimburg, 1823; J. Macculloch, *An Essay on the Remittent and intermittent Diseases, including Marsh Fever*, etc. 1825; J. Annesley, *Researches into the Causes, Nature, and Treatment of the most prevalent diseases of India, and of warm Climates generally*, etc., etc. 2 vol. in-4. London, 1828; W. Twining, *Clinical illustrations on the more important Diseases of Bengal*, etc. Calcutta, 1835; J. Evans, *A clinical Treatise on the endemic Fevers of the west Indies*, etc., in-8. London, 1837.

SOCIÉTÉ

visqueuse et froide, dès qu'elle est exposée à l'air. La fréquence et la faiblesse du pouls augmentent, et les nausées et les vomissements sont souvent alors les symptômes les plus intenses de la maladie. Dans quelques cas, du délire, le hoquet, des soubresauts de tendons et parfois du coma, se joignent aux autres accidents. On voit la maladie se terminer par la mort, du cinquième au sixième jour; cependant cette terminaison funeste n'arrive pas en général avant le dixième jour. Dans les cas de guérison, tantôt les symptômes diminuent graduellement jusqu'à la convalescence, tantôt la maladie prend la forme d'une fièvre intermittente tierce ou quotidienne [1]. »

Forme éphémère de la fièvre assode des tropiques.

1776. La fièvre rémittente assode n'a pas toujours, même sous les tropiques, une intensité aussi grande, elle y est souvent tout aussi modérée que dans nos climats; elle s'y montre aussi et même souvent avec une durée très courte, au point de ne constituer que la fièvre dyspepsique éphémère. On le voit par le fait suivant, que J. Annesley présente comme le type du plus grand nombre des fièvres bilieuses qu'il a observées au Bengale.

Un marin récemment arrivé d'Europe, entra le 20 mai à l'hôpital de Madras. Il avait de la douleur à l'estomac, une saveur amère à la bouche, des selles fréquentes. Les conjonctives étaient légèrement jaunes, la peau avait une teinte terreuse, les selles étaient presque exclusivement bilieuses; le pouls était fréquent et dépressible. Le malade n'avait pas de céphalalgie. Un émétique fut immédiatemeut administré, il provoqua des vomissements abondants, principalement composés de bile. Le 21 mai, le malade avait de la constipation depuis les selles déterminées par l'émétique; on prescrivit pour le soir un purgatif composé de calomélas, et de l'eau de Chetelham pour le lendemain matin; il résulta de l'effet de ces moyens des selles bilieuses

[1] *Notes on the medical Topography of the interior of Ceylan*, etc., by Henry Marshall, part. III, chap. I, p. 137. In-8°. London, 1821.

très abondantes. Le 22, la douleur gastrique et l'amertume de la bouche avaient disparu, la même prescription que la veille fut renouvelée, les selles furent encore uniquement bilieuses. Le 23, tous les accidents avaient cessé [1].

Similitude de marche des fièvres rémittentes assodes dans tous les lieux.

1777. Parmi les circonstances principales qui ressortent dans les descriptions que les auteurs ont tracées des fièvres rémittentes bilieuses graves dans tous les lieux, on doit remarquer d'abord la longueur des premiers paroxysmes fébriles qui atteignent la durée considérable de vingt-quatre heures, et ne laissent qu'un très court intervalle pour la rémission; ensuite l'effacement progressif des rémissions à mesure que la maladie s'aggrave, et enfin la conversion de la fièvre rémittente en fièvre intermittente dans certaines formes de son décroissement. Ces particularités dans la marche des accidents s'observent pour les fièvres rémittentes dyspepsiques de tous les climats; ce sont elles qui constituent les variétés de ces maladies, selon les divers modes de terminaison vers lesquels elles tendent. Ainsi la fièvre rémittente survient-elle avec intensité, ses premiers accidents se développent et persistent d'une manière continue quelquefois pendant deux ou trois jours, comme si c'était une fièvre dyspepsique éphémère; le plus souvent cette continuité ne dépasse pas vingt-quatre heures, la rémission survient ensuite, précédée par une diaphorèse plus ou moins marquée. Si la maladie doit s'aggraver, la rémission ne durera que quelques heures, le deuxième paroxysme sera aussi intense que le premier, et la rémission suivante sera encore plus courte et moins prononcée. Cette marche persistant d'une manière progressive, après le troisième ou le quatrième jour, les rémissions sont peu marquées, les retours des paroxysmes ne surviennent plus d'une manière bien apparente; la fièvre dyspepsique rémittente s'est convertie en fièvre continue. Pour les fièvres dyspepsiques rémittentes qui n'ont point

[1] J. Annesley, *Researches on the diseases of India*, etc., t. 1, p. 300.

une aussi grande intensité, le premier paroxysme achevé, les paroxysmes suivants se raccourcissent, les rémissions se prononcent de plus en plus, et souvent le malade n'a bientôt de continu que les phénomènes dyspepsiques.

Forme habituelle, et en quelque sorte mixte des fièvres rémittentes assodes de nos climats.

1778. Les fièvres assodes rémittentes que l'on observe le plus ordinairement dans les régions tempérées, participent plus ou moins et en même temps, des formes propres aux fièvres dyspepsiques pituiteuses (1756 *et sqq.*) et bilieuses (1764 *et sqq.*) proprement dites, suivant les saisons et suivant les causes particulières qui les produisent : elles ont en quelque sorte une forme mixte. On voit néanmoins plus souvent dans ces maladies les phénomènes directs de la diacrise muqueuse gastro-intestinale prédominer sous la forme d'évacuations muqueuses par les vomissements et par les selles, que les phénomènes de la diacrise hépatique, qui sont beaucoup plus prononcés, et souvent seuls dominants dans les fièvres des tropiques, sous les formes de flux bilieux quelquefois colliquatifs.

1779. Les fièvres rémittentes dyspepsiques que nous observons le plus souvent à Paris pendant l'été et l'automne, n'ont que par exception l'intensité et la marche rapide des dyspepsies fébriles des pays chauds. Elles durent rarement moins de dix à douze jours; elles se prolongent quelquefois juqu'à trois à quatre semaines, surtout dans les cas où elles prennent le caractère pituiteux. Presque toujours elles conservent l'intensité et l'acuité de leurs symptômes initiaux pendant six à huit jours, durant lesquels elles ont tous les symptômes dyspepsiques intenses des fièvres gastriques éphémères (1737). La diminution des accidents se fait ordinairement en deux stades; pendant le premier, la périodicité et l'intermittence des accidents fébriles se prononcent de plus en plus, tandis que les symptômes saburrhaux conservent toute leur intensité, si l'on ne soumet pas les malades à l'action de moyens thérapeutiques actifs. A mesure que la maladie se prolonge, la forme de l'embarras

intestinal se dessine de plus en plus, et remplace la forme saburrhale gastrique proprement dite (1712); ainsi des coliques obtuses, des selles demi-liquides ou quelquefois tout à fait diarrhéiques (1718) se manifestent pendant que les nausées se dissipent et que l'anorexie s'éteint. Pendant ce stade, qui dure de trois à cinq ou six jours, la céphalalgie, la pesanteur de tête, les vertiges, le sentiment de courbature générale, la prostration des forces, l'agitation et l'anxiété qui tourmentent si vivement les malades, surtout dans la nuit, disparaissent progressivement, et l'on arrive ainsi au dernier stade de la maladie, dans lequel les accès se raccourcissent et s'atténuent chaque jour, tandis que les symptômes dyspepsiques proprement dits cessent. Tantôt cette cessation est progressive et sans symptômes morbides nouveaux; tantôt, et c'est ce qui arrive le plus ordinairement, des sueurs plus ou moins abondantes se manifestent, ou il survient des selles liquides mucoso-bilieuses ou des urines très abondantes, rougeâtres, et déposant un sédiment briqueté.

Terminaison fâcheuse des fièvres rémittentes assodes.

1780. Si les fièvres rémittentes dyspepsiques marchent en s'aggravant et tendent à une terminaison fâcheuse, elles deviennent continues, et présentent tous les accidents qui appartiennent à cette forme grave des fièvres dyspepsiques. Toutefois, cette conversion en fièvres continues n'est pas toujours durable : assez fréquemment la maladie, après avoir conservé pendant quelques jours la forme des fièvres dyspepsiques continues l'abandonne pour revenir à la forme rémittente, et quelquefois ensuite à la forme tout à fait intermittente.

De la terminaison par conversion en fièvre intermittente.

1781. La conversion des fièvres dyspepsiques rémittentes en fièvres dyspepsiques intermittentes est, dans tous les cas, une des terminaisons les plus heureuses de ces maladies; quand elle arrive, elle se prononce par le raccourcissement croissant de la durée des paroxysmes, par le degré de plus en plus grand de l'apyrexie, pendant la ré-

mission, et surtout par la diminution de l'intensité des symptômes. La marche périodique n'est que le mode de manifestation des symptômes pyrétiques, et nullement le caractère essentiel de la maladie; aussi ce mode de manifestation semble-t-il d'autant plus prononcé que les phénomènes pyrétiques perdent davantage de leur intensité et raccourcissent d'une manière plus marquée leurs exacerbations.

(C) Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes continues.

Passage des fièvres rémittentes assodes à la forme de fièvre continue.

1782. La forme sous laquelle on observe le plus souvent les fièvres dyspepsiques continues, surtout dans nos climats, n'est que le plus haut degré des fièvres rémittentes dyspepsiques, qui ont perdu, en s'aggravant, la forme paroxystique de leurs exacerbations. Ce changement arrive presque toujours d'une manière progressive. Dans la plupart des cas, il est annoncé par une augmentation dans l'intensité des phénomènes fébriles, par l'acuité plus grande des douleurs épigastriques, par de la tension aux hypochondres et aux flancs; les malades ont souvent des nausées et des vomissements plus fréquents, la soif devient de plus en plus vive, la bouche se sèche; la chaleur de la peau devient de plus en plus élevée et âcre au tact du médecin. Les phénomènes initiaux des exacerbations, surtout quand ils consistent dans les symptômes du frisson, sont de moins en moins marqués, de même que les évacuations sudorales, urinaires et souvent diarrhéiques de la fin des paroxysmes.

Description de la fièvre *épiale* qui est une fièvre assode rémittente passant au type continu.

1783. La fièvre assode rémittente passant au type continu se montre assez souvent avec cette forme particulière des accidents qui constitue la fièvre *épiale*, dans le sens qu'y attachait Galien[1]; c'est une fièvre continue, quant à la persistance des phénomènes pyrétiques proprement dits, pendant le cours de laquelle les malades éprou-

[1] *De diff. feb.*, l. II, cap. VI.

vent, comme accidents paroxystiques, un sentiment de frisson et de refroidissement des membres, coïncidant avec une ardeur fébrile douloureuse des plus vives. Cette fièvre dyspepsique est peut-être la plus grave qui se rencontre dans notre climat; elle débute par la forme ordinaire de la fièvre rémittente bilieuse (1766 *et sqq.*). Dès le deuxième ou troisième jour, la maladie prend une marche de plus en plus aiguë et présente des accidents de plus en plus graves par l'intensité croissante de tous ses symptômes, par la prolongation progressivement augmentée de ses paroxysmes, et en même temps par la violence de plus en plus grande des symptômes gastriques et particulièrement des douleurs cardialgiques, des vomissements, des coliques, des douleurs des membres et de la tête, et quelquefois du flux diarrhéique muqueux ou bilieux. Au bout de quatre à cinq ou six jours, la maladie est tout à fait continue; le malade a une ardeur extrême à la peau, une grande fréquence du pouls; il a la face vultueuse, d'un rouge violâtre sur les pommettes, d'un jaune safran autour de la bouche, des ailes du nez et des yeux; il est dans un état d'accablement extrême, qui n'est quelquefois interrompu que par les efforts de vomissement qui reviennent surtout après l'ingestion des boissons; les selles sont souvent liquides, le ventre est tendu et élastique à l'épigastre, les urines sont presque nulles. Tous les jours, soit une fois vers le soir, soit deux fois, à cinq ou six heures d'intervalle, les mains et les pieds se refroidissent, le pouls devient plus petit et comme concentré, et l'accablement du malade est encore augmenté. Cet état dure une demi-heure à une heure, puis la chaleur se rétablit, le pouls reprend son développement, et les accidents continuent.

Si la maladie persiste à cet état d'intensité, les forces du malade ne tardent pas à se déprimer; le plus souvent il se manifeste des évacuations diarrhéiques ou des vomissements, et quelquefois en même temps l'un et l'autre accident, qui ne font que hâter la prostration des forces qui finit

par amener le mort. Lorsque la maladie suit une marche moins fâcheuse, la continuité des accidents ne dure que quelques jours après lesquels la marche paroxystique se reproduit, devient de plus en plus évidente, et cesse enfin par la convalescence.

Nous avons sous les yeux cinq observations cliniques sur des fièvres dyspepsiques épiales; dans trois cas, la maladie a passé à la forme tranchée de fièvre dyspepsique continue, et s'est terminée une fois par la mort; une autre fois par un typhus des plus graves, qui n'a cependant pas été funeste; dans le troisième cas, le malade a été guéri. Pour les sujets des deux autres observations, chez l'un la mort est arrivée sans que la maladie ait changé de forme au bout de cinq jours d'accidents avec un flux bilieux; chez l'autre, après quatre jours de durée, sous la forme continue, la maladie est redevenue paroxystique d'une manière graduée; puis, après trois paroxysmes rémittents très tranchés, suivis d'évacuations alvines liquides mucoso-bilieuses qui se sont montrées pendant un jour, au nombre de dix ou douze, la fièvre a fléchi, et la maladie a pris une marche tout à fait intermittente. De ce jour tous les symptômes fébriles et dyspepsiques ont marché en décroissant, et la convalescence s'est établie après trois ou quatre paroxysmes tout à fait intermittents, de moins en moins intenses et de plus en plus courts.

Différences des fièvres assodes continues et des fièvres éphémères dyspepsiques.

1784. Les fièvres assodes continues ne diffèrent, quant à leurs formes extérieures, des fièvres dyspepsiques éphémères, que par leur plus longue durée, et des fièvres rémittentes dyspepsiques, que par la continuité des accidents pyrétiques qui ne présentent pas, comme dans ces dernières, des exacerbations plus ou moins irrégulièrement périodiques. Toutefois cette absence d'exacerbations n'est pas tellement prononcée, comme l'a fait remarquer de Haen [1], que tous les accidents de ces maladies soient à tout instant de la journée d'une égale intensité, ou suivent

1 *Op. omn.*, t. IV, *De feb. div.*, IV scol. I.

une marche continuellement et également croissante ou stationnaire, ou enfin décroissante, suivant les différentes périodes de leur durée; les fièvres dyspepsiques continues présentent, outre tous les symptômes dyspepsiques plus ou moins prononcés (1710), des phénomènes fébriles continus qui ont une intensité plus grande que dans les fièvres dyspepsiques rémittentes : ces accidents diminuent ordinairement vers la fin de la nuit, de manière à avoir habituellement une moindre intensité le matin que le soir ; seulement ces modifications diurnes de la violence des accidents morbides arrivent d'une manière progressive ; les rémissions sont peu marquées, et les paroxysmes ne débutent point par un stade de frisson ou d'horripilation. Ce sont spécialement ces fièvres qu'Hippocrate appelait *causus*, et que Galien désignait par l'épithète de fièvres ardentes [1], que F. Hoffmann [2] et Boerhaave [3] leur ont conservée. Dans toutes ces fièvres, avec les accidents dyspepsiques proprement dits et à une certaine période de ces accidents, il existe toujours, à un certain degré, des phénomènes phlegmasiques gastro-intestinaux.

Observation clinique sur un cas de fièvre assode rémittente convertie en fièvre dyspepsique continue.

1785. L'observation suivante que nous empruntons à G. Grant, est un exemple de la conversion de la forme rémittente de la fièvre dyspepsique en la forme continue.

« Une dame fut prise d'une fièvre qui présenta les symptômes suivants : alternatives de froid et de chaleur, faiblesse, anxiétés, douleurs passagères à la tête, au dos et à l'abdomen. Un apothicaire administra une potion saline, et voyant trois jours après que les urines étaient bourbeuses et que les symptômes diminuaient fréquemment, il administra du quinquina. La malade en prit une

[1] *Exquisita febris ardens, quum omnia alia servet accurate tertianæ indicia, eo solo differt, quod neque cum rigore invadat, neque ad integritatem deveniat.* (Galen., *De crisib.*, lib. II, cap. VI. Charter. tome VIII, page 415.)

[2] *Medicinæ ration. system. Op. omn.*, t. II, sect. II, cap. II, p. III.

[3] Aph. 738. Van Swiet., *Comment.*, t. II, p. 401. Paris, 1747.

once, la rémittence disparut et la fièvre s'aggrava. Je trouvai alors cette dame fort abattue, avec une sueur gluante qui lui couvrait le col et la poitrine; son pouls était petit et très fréquent, elle poussait de fréquents soupirs, la bouche était pâteuse et saburrhale, la peau était très chaude, le ventre tendu, l'anxiété et l'agitation étaient continuelles; la malade avait de la douleur à la tête, au dos, au ventre, aux hanches et au creux de l'estomac; elle n'avait point de soif; ses urines ne coulaient qu'en petite quantité, elles étaient crues et semblables à du petit-lait. Cependant, point de signes d'inflammation, ni d'indication pour la saignée. Un vomitif fit rendre beaucoup de pituite vitrée. Le soir on donna un lavement et une potion purgative, préparée avec la manne, la rhubarbe et la crême de tartre soluble. Le lendemain, la potion du soir n'avait déterminé aucune évacuation, les douleurs des lombes et des hanches étaient excessives, le ventre était distendu; la malade avait, mais inutilement, de fréquentes envies d'aller à la selle, son pouls était plus développé. Le lavement fut réitéré, et l'on administra une tisane purgative d'heure en heure jusqu'à ce qu'il survint des évacuations. Toutes les douleurs disparurent après quatre selles copieuses; la malade put dormir pendant une heure et par fréquents intervalles la nuit suivante. Le lendemain, le pouls battait environ cent douze fois par minute, il était plein et régulier. Les yeux étaient plus clairs, le visage reprenait sa couleur; la bouche se nétoyait; la malade but copieusement et parut moins abattue. L'urine était d'un jaune paille, pâle, crue et abondante. On prescrivit l'administration d'un gros de sel polycreste toutes les six heures; il en résulta de la liberté du ventre pendant deux jours, après lesquels la malade fut abandonnée à la nature et à une diète convenable. Au bout de trois jours il survint un frisson dans la soirée, il dura une heure, et fut suivi d'une forte chaleur, puis de sueurs très abondantes et universelles qui

durèrent six heures. La malade eut alors deux selles pultacées abondantes, et la fièvre la quitta; dès lors elle fut rétablie; elle prit pendant quinze jours de l'infusion de camomille[1].

Observation clinique sur un cas de fièvre assode continue.

1786. Chez le sujet de l'observation suivante, la fièvre dyspepsique prit, dès son début, la marche continue; les accidents dyspepsiques proprement dits (1710) ne furent pas moins intenses que les accidents fébriles eux-mêmes.

Un domestique âgé de quarante-huit ans, entra à l'hôpital le 15 août 1832; il avait été pris onze jours auparavant, pendant la nuit, et après avoir passé la journée couvert de vêtements mouillés, d'une agitation extrême, de frissons vagues et de douleurs dans les membres. Le lendemain il avait perdu l'appétit, la bouche était amère, il éprouvait de la courbature; cet état dura six jours pendant lesquels le malade eut tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, toujours de vives douleurs dans les membres; il avait presque continuellement des frissons, ou au moins un sentiment de froid général prononcé. Dans la nuit du 11 au 12 août, la fièvre survint par un frisson avec un vomissement qui fit rejeter au malade une petite quantité d'aliments qu'il avait pris la veille avec répugnance. Depuis ce jour, jusqu'à son entrée à l'hôpital, cet homme eut toujours de la fièvre, avec de l'anorexie et un sentiment extrême de courbature; il rendait des selles liquides, accompagnées et précédées de coliques obtuses presque continues. Le 16 août, cinquième jour de la fièvre, il était couché en supination, paraissait fort accablé, et avait la peau chaude et sèche au toucher, légèrement âcre; le pouls était vite, peu résistant, il battait cent six fois par minute; la face était enluminée sur les pommettes; les conjonctives étaient injectées; les sclérotiques étaient ictériques à un léger degré; les ailes du nez, le pourtour de la bouche et la peau du cou étaient d'un jaune

[1] G. Grant, *Recherches sur les fièvres*, t. I, p. 268, in-12, traduct. de Lefebvre. Paris, 1777.

semi-ictérique prononcé. Le malade se plaignait d'une saveur amère à la bouche; il était tourmenté par de fréquentes éructations; il avait une soif très vive; la langue était allongée, sèche, très saburrhale à sa base, à papilles rouges, saillantes vers sa pointe; la muqueuse buccale et gingivale était injectée; l'haleine était fétide et comme stercorale; le ventre était tendu et rénitent principalement à l'épigastre et au dessus de l'ombilic, où la pression provoquait une douleur obtuse. Le malade se plaignait de coliques peu intenses; il avait aussi des douleurs dans le dos et aux lombes, et des douleurs contusives des membres; il éprouvait une pesanteur de tête douloureuse, plutôt qu'une céphalalgie vive. Il avait eu, depuis la veille, quatre selles diarrhéiques d'un jaune brunâtre. Les urines étaient très peu abondantes, troubles et d'un rouge brun. La respiration s'accomplissait d'une manière normale; l'extrémité inférieure de la rate dépassait le bord des fausses côtes d'un pouce environ. Nous fîmes tirer huit onces de sang des veines du bras, et nous ordonnâmes des boissons émollientes acidules. La fièvre n'augmenta pas le soir, et diminua pendant la nuit suivante, sans qu'il survînt de sueur. Le sixième jour, au matin, la langue était moins sèche, le pouls était à cent pulsations; mais cet état ne fut que passager; la fièvre augmenta peu à peu vers le soir, et dura toute la nuit avec une grande intensité. Le malade eut un peu de délire tranquille. Le même état persista jusqu'au huitième jour; mais le ventre avait perdu sa tension et sa rénitence; les nausées étaient devenues rares, la soif était très modérée, les coliques ne survenaient plus que d'une manière obscure au moment où le malade allait à la selle; car la diarrhée continuait. La teinte ictérique de la peau s'était étendue à tout le corps, et était beaucoup plus prononcée. Dans la journée il survint quatre vomissements de matières verdâtres fort amères. Le malade rendit par les selles deux vers lombrics morts. Le neuvième jour l'acca-

blement du malade avait encore augmenté; la chaleur de la peau était sèche, mais peu élevée; le pouls large, mou, ne battait que quatre vingt-dix-huit fois par minute; la soif était peu vive, la langue était moins sèche, plus large et couverte d'une couche saburrhale épaisse, d'un jaune clair. Nous prescrivîmes l'administration de deux grains de tartre stibié avec deux gros de sulfate de soude dans une livre de bouillon aux herbes, à administrer en quatre doses d'heure en heure; il en résulta trois ou quatre vomissements et sept à huit selles bilieuses. Le soir, la fièvre avait diminué, mais le malade était fort accablé; la nuit suivante fut plus calme : le malade eut une légère sueur. Le dixième jour l'accablement était beaucoup moindre; les pommettes n'étaient plus plaquées et injectées; l'amertume de la bouche persistait; il n'était point survenu d'évacuations alvines ni de douleurs abdominales tormineuses pendant la nuit; le pouls large, facilement dépressible, était descendu à quatre vingt-douze pulsations; la chaleur de la peau était halitueuse. Nous nous bornâmes à conseiller une tisane préparée avec la décoction de chicorée sauvage. Le onzième jour le malade avait été fort agité : la nuit précédente, il avait eu une vive chaleur à la peau; il avait des nausées et même fréquemment des envies de vomir, après l'ingestion des boissons; la langue était toujours saburrhale, l'amertume de la bouche toujours très prononcée; l'haleine et la sueur répandaient une odeur fétide. Nous conseillâmes l'administration d'un apozème purgatif composé avec l'infusion d'une demi-once de follicules de séné et addition de deux gros de sulfate de soude, et deux onces de sirop de fleurs de pêcher; il en résulta six à huit selles bilieuses dans la soirée. Le douzième jour, au matin, la fièvre avait cessé, le ventre était affaissé, indolent dans toute son étendue; la langue ne présentait plus qu'un vestige de saburrhe sur sa base; le soir la fièvre revint progressivement sans frisson initial; il y eut trois selles bilieuses liquides

avec quelques coliques. Dans la nuit, le malade eut une sueur très abondante. Le treizième jour, l'ictère des ailes du nez et du pourtour de la bouche avait cessé; la langue était nette : le malade demandait des aliments qu'il n'avait pas jusqu'alors désirés. Le soir deux selles bilieuses abondantes survinrent; dans la nuit il y eut encore de la sueur qui se reproduisit pendant plusieurs nuits consécutives. Le quatorzième jour la convalescence était évidemment confirmée. Quatre furoncles assez volumineux au dos et aux aisselles se manifestèrent successivement pendant la convalescence.

Les circonstances les plus remarquables qui se sont succédées pendant le cours de la maladie, sur laquelle a été recueillie cette observation, se rapportent aux prodromes de la fièvre, à ses accidents pendant les six à sept premiers jours de sa durée, à ceux qu'elle a ensuite présentés depuis cette première période jusqu'à sa terminaison, et enfin aux symptômes qui ont marqué sa cessation.

1° Pendant les cinq à six premiers jours de la durée des prodromes de la maladie, les seuls symptômes ont été les phénomènes ordinaires de la dyspepsie mucoso-bilieuse simple, n'ayant pas même une extrême intensité (1703).

2° L'invasion de la fièvre arrivée, l'on voit se développer parallèlement pendant cinq à six jours les symptômes saburrhaux, qui deviennent de plus en plus prononcés (1710), un état fébrile d'une grande intensité, et surtout des phénomènes évidents de phlegmasie gastro-intestinale. Ces derniers symptômes sont surtout les suivants : la langue est pointue et couverte de papilles rouges à sa pointe; la soif devient ardente, la muqueuse buccale est rouge et injectée, il y a des nausées et même des vomissements, l'épigastre est tendu, rénitent et douloureux à la pression, il y a aussi de la douleur et une tension rénitente sur la partie inférieure de l'abdomen; il y a des douleurs de coliques et des selles diarrhéiques.

Parmi ces phénomènes morbides, les uns, comme la soif ardente, la rougeur vive de la muqueuse buccale et de l'extrémité de la langue, la tension de l'épigastre et du ventre, sont des symptômes évidents de phlegmasie ou au moins d'irritation inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale; les autres se montrent aussi dans les dyspepsies nidoreuses simples; mais ils n'acquièrent pas une aussi grande intensité, et surtout une aussi grande acuité; leur coexistence avec les précédents indique d'ailleurs l'existence sur la muqueuse gastro-intestinale d'un état qui dépasse la turgescence sécrétoire, et s'élève jusqu'à la phlogose.

3° Après le sixième ou septième jour, la maladie perd de sa violence, quant à l'intensité de l'état fébrile et des symptômes d'irritation gastro-intestinale, mais les phénomènes dyspepsiques n'en deviennent que plus prononcés. Les accidents fébriles ne sont plus absolument continus; ils se rapprochent de la forme rémittente qui se prononce de plus en plus avec le décroissement de la maladie.

4° Enfin, après le douzième jour, lorsque les évacuations alvines liquides et bilieuses provoquées ou spontanées sont survenues, lorsque la diaphorèse se rétablit, la maladie se termine, la convalescence commence et se confirme pendant que le malade a pendant plusieurs nuits une diaphorèse critique, et qu'il se manifeste des furoncles au dos et aux fesses.

Prodrome des fièvres assodes continues.

1787. Les fièvres dyspepsiques continues ont presque toujours pour prodromes des symptômes de dyspepsie nidoreuse simple (1703, 1709 *et sqq.*), souvent aussi la maladie ne devient continue qu'après avoir suivi pendant plusieurs jours la marche rémittente. Dans le plus petit nombre des cas la maladie débute inopinément et sans prodromes, et prend dès son début la marche contin e. Quand les symptômes précurseurs sont ceux d'une dyspepsie nidoreuse, ils se prolongent souvent pendant plusieurs jours, quelquefois même durant une ou deux semaines

avant que la maladie prenne décidément le caractère de fièvre assode continue. Dans quelques cas, l'état fébrile ne se joint d'abord aux symptômes dyspepsiques que d'une manière fugace, disparaissant et se reproduisant encore plusieurs fois sous la forme de fièvre dyspepsique éphémère, avant que la maladie s'établisse définitivement sous la forme de fièvre assode continue.

Symptômes d'invasion des fièvres assodes continues.

1788. L'invasion des fièvres assodes continues est semblable le plus souvent à celle des fièvres dyspepsiques éphémères (1737), surtout quand elles débutent brusquement et sans prodromes; mais l'accroissement progressif des accidents qu'elles déterminent est plus prolongé que la durée habituelle des fièvres éphémères (1738). Les symptômes abdominaux proprement dits, ont toujours, dans les fièvres dyspepsiques, une grande intensité qui les convertit en symptômes dominants, et qui indique dans le tube digestif la présence d'un état intense d'orgasme diacritique, ou même d'un certain degré de phlegmasie (1616).

Symptômes des fièvres assodes continues.

1789. Les fièvres assodes continues débutent le plus souvent par des frissons vagues ou plutôt par des horripilations très courtes et comme fugaces, qui alternent avec des bouffées de chaleur; les malades éprouvent presque toujours en même temps un sentiment d'ardeur à l'épigastre. Dès que ces premiers accidents existent, le pouls est serré et fréquent, la tête embarrassée, pesante et douloureuse, surtout à la région sus-orbitaire. Les malades ont un sentiment de lassitude ou de douleur constrictive dans les lombes et des douleurs contusives dans les membres. Cet état se prolonge pendant une ou deux, ou même quelquefois trois ou quatre heures, durant lesquelles les malades ne se plaignent que de l'état de malaise extrême qu'ils éprouvent, et des frissons et des horripitations qui parcourent à chaque instant toutes les parties de leurs corps et de leurs membres.

1790. La chaleur fébrile se prononce d'abord à la tête, à la face et à la région épigastrique. Le sentiment d'une vive et ardente chaleur est déjà très prononcé sur ces parties et perçu par les malades que les extrémités abdominales sont encore froides.

Symptômes de la période ascendante des fièvres dyspepsiques continues.

La chaleur pyrétique une fois établie, est sentie par les malades et perçue au tact du médecin comme une ardeur vive et sèche, âcre au toucher. Le pouls est alors large, plein, facile à déprimer et d'une fréquence modérée. Le malade a les yeux brillants et légèrement injectés, les pommettes sont d'un rouge purpurin ou violâtre, comme plaquées; leur teinte contraste avec la pâleur, et le plus souvent même déjà, dès le début de la maladie, avec la teinte jaune, semi-ictérique des ailes du nez, du pourtour de la bouche et des paupières. Les lèvres sont injectées et quelquefois comme gonflées; la muqueuse gingivale est rouge, tuméfiée. La langue se sèche et se durcit, son extrémité plus ou moins étroite, présente des papilles rouges luisantes, qui se remarquent aussi sur ses côtés; sa surface principalement vers sa base, est d'un blanc grisâtre ou d'un jaune sale. La bouche est remplie d'une salive visqueuse qui s'épaissit d'instant en instant, et qui a une saveur pâteuse, amarescente. Les malades appètent les boissons froides et acidules; la soif est vive et l'ingestion des boissons est suivie d'éructations acides, amarescentes ou nidoreuses, et d'une douleur gravative à l'épigastre; le plus souvent il survient aussi des nausées et quelquefois des vomissements qui arrivent avec beaucoup d'efforts, et font rejeter des matières muqueuses amères, jaunes ou verdâtres. La région épigastrique est le siége d'un sentiment de plénitude, et quelquefois en même temps, par intervalles, d'une douleur mordicante ou térébrante. Le malade éprouve aux hypochondres et aux flancs une douleur constrictive profonde, qui s'exaspère par les mouvements exécutés dans le lit, par les secousses de toux, par les

grands mouvements d'inspiration, et toujours par la pression exercée par le médecin sous le bord des fausses côtes. Le ventre est modérément tuméfié, mais tendu et rénitent à la région épigastrique, aux flancs et quelquefois autour de l'ombilic; dans quelques cas même dans toute son étendue. Tantôt, et c'est ce qui est le plus fréquent, le malade a de la constipation, tantôt il a de la diarrhée: dans le premier cas, il a souvent des douleurs lombaires et parfois le hocquet ou des vomituritions presque continuelles; dans le second, il a toujours des borborygmes et fréquemment des coliques; les produits des déjections sont des matières liquides d'un jaune verdâtre, occasionnant souvent de l'ardeur à l'anus et parfois du ténesme. Le malade est couché en supination; il semble accablé; il se plaint de céphalalgie sus-orbitaire vive qui s'exaspère d'instant en instant par des douleurs constrictives intenses au front ou aux tempes; il souffre aussi de vives douleurs contusives dans les membres et un malaise extrême; il change à chaque instant de place dans son lit, il se plaint d'une vive ardeur générale; sa respiration est précipitée et anxieuse.

Les accidents arrivent ordinairement au degré d'intensité que nous venons de décrire, en cinq à six heures; ils y persistent jusqu'au déclin de la nuit suivante, pendant laquelle le sommeil n'arrive point et l'agitation augmente; les malades ont souvent des vertiges, et craignent de fermer les yeux pour éviter les visions qui les obsèdent. Vers le matin, l'intensité des accidents fléchit; l'agitation, la chaleur fébrile et la fréquence du pouls se calment; le malade tombe dans un sommeil incomplet, réparateur; la céphalalgie devient moins aiguë, la respiration moins anxieuse et moins accélérée; la soif moins vive, la langue moins sèche; la rougeur comme plaquée des pommettes et la rougeur vive des lèvres ont diminué; souvent alors les urines qui s'étaient supprimées depuis l'invasion survien-

nent en petite quantité; fréquemment aussi il arrive des selles liquides; le ventre est moins tendu, et les douleurs épigastriques moins intenses.

Cette diminution dans les accidents ne dure guère que quelques heures; ils reprennent bientôt leur marche ascendante, et atteignent toute l'intensité qu'ils avaient la veille. Le plus souvent même cette intensité est plus grande encore, surtout quant aux douleurs à l'épigastre ou vers les hypochondres, quant à l'intensité de la soif, quant aux nausées, aux éructations, aux borborygmes, aux douleurs tormineuses; ordinairement aussi l'agitation du malade et la céphalalgie sont plus vives; la teinte ictérique, ou d'un blanc jaune, des aîles du nez, du pourtour de la bouche, des paupières, se prononce de plus en plus; la peau de tout le corps, injectée au point de pâlir sous la pression des doigts, a cependant une teinte jaune profonde générale, qui forme comme le fond de sa coloration rouge superficielle, due à l'injection des capillaires du réseau de Malpighi.

Marche des accidents dans la période d'accroissement de la fièvre assode continue.

1791. Tous les phénomènes morbides vont ordinairement en croissant pendant deux ou trois jours, quelquefois même pendant quatre ou cinq; la progression ascendante n'est cependant pas continue et régulière : il y a habituellement, à certain moment du jour, dans la plupart des cas le matin, dans quelques cas vers midi, presque jamais le soir, une rémission de quelques heures qui s'établit peu à peu et cesse de même par le retour progressif de toute la violence de la maladie. Jamais cette rémission n'est portée à ce point qu'il y ait interruption des symptômes fébriles; dans beaucoup de cas même elle est à peine marquée. Il arrive aussi que la marche croissante des accidents paraît se suspendre d'un jour l'un, la rémission paraissant toujours marquée, mais l'accroissement progressif de la maladie restant un jour sur deux au dessous du degré de la veille. La période d'accroissement de la fièvre dyspe-

psique continue, quand elle suit cette marche, est évidemment plus longue, et la maladie n'en est pas moins grave.

Symptômes de la période d'état des fièvres assodes continues.

1792. La fièvre dyspepsique continue, une fois arrivée à sa période d'état, y persiste pendant un temps très variable; tantôt elle commence à décroître dès la fin du jour où les accidents ont atteint leur plus grande intensité; tantôt elle persiste sans présenter de décroissement manifeste pendant plusieurs jours; toutefois cette période d'état excède bien rarement trois à quatre jours. Pendant sa durée, les phénomènes morbides éprouvent presque toujours de remarquables changements : l'accablement augmente de plus en plus, les yeux s'excavent, la céphalalgie devient obtuse et ne s'exaspère plus par des douleurs comme lancinantes ou constrictives; la peau reste chaude et sèche, mais son injection diminue de jour en jour; les pommettes aussi perdent cette coloration rouge plaquée que Stoll considérait comme particulière aux fièvres bilieuses [1]; la face est alors d'un jaune plombé ou verdâtre; ses rides se prononcent davantage; la langue devient large, jaunâtre, rouge à ses bords; la saveur amère et nidoreuse de la bouche et l'anorexie sont très prononcées; des vomissements bilieux, jaunes verdâtres, amers, se manifestent de temps à autre, dans la plupart des cas après l'ingestion des boissons, quelquefois sans cause évidente; avant ces vomissements et souvent aussi sans qu'ils surviennent, les malades sont tourmentés par des nausées pénibles, accompagnées d'un état de malaise extrême, avec pâleur de la face, froid des extrémités et grande fréquence du pouls, qui devient petit et serré. A mesure que la maladie suit son cours, les douleurs épigastriques, celles des hypochondres, diminuent d'intensité; le ventre est moins douloureux à la pression, il est parfois légèrement météorisé; des borborygmes et des douleurs tormi-

[1] *Ratio medendi*, p. 1, p. 49.

neuses plus fréquentes présagent des selles plus abondantes, si le malade n'est pas constipé, et, dans le cas contraire, la manifestation de ces selles. Pendant tous ces accidents, l'agitation reste très grande, les nuits sont sans sommeil, ou au moins sans sommeil complet et réparateur : les malades ont souvent un état de rêvasserie qui dure une partie des nuits, et quelquefois même se convertit en un délire prononcé.

Symptômes de la période de déclin des fièvres dyspepsiques continues.

1793. Lorsque la fièvre dyspepsique continue arrive à sa période de déclin, la chaleur fébrile s'adoucit, la fréquence du pouls diminue, l'augmentation d'intensité que tous les accidents morbides n'ont pas cessé de présenter à certaines époques du jour devient moins évidente, et les rémissions sont plus longues et plus prononcée. Au moment des rémissions, la peau perd sa sécheresse, et de la sueur ou au moins un état halitueux des téguments s'établit; la langue s'humecte et devient large et molle, jaunâtre ou blanchâtre; la soif est moins vive, et même elle cesse bientôt. Cependant l'anorexie et la saveur nidoreuse de la bouche restent au même dégré, quelquefois même elles ne sont que plus prononcées; des selles liquides, homogènes muqueuses ou bilieuses, faciles, d'une abondance modérée, s'établissent; les coliques sont obtuses et de plus en plus rares, elles n'arrivent enfin qu'au moment des évacuations alvines; les urines du matin surtout deviennent troubles, jumenteuses, et laissent déposer un sédiment muqueux grisâtre ou d'un gris rouge comme de la brique pilée. La céphalalgie cesse, l'agitation est calmée, ainsi que les douleurs contusives des membres; le sommeil revient.

Marche des accidents de la fièvre assode continue dans sa période décroissante.

1794. C'est en suivant cette marche décroissante avec plus ou moins de régularité que la fièvre dyspepsique continue arrive ordinairement à son terme, au bout de quatre à cinq jours du déclin des accidents. Cette diminution des accidents morbides n'arrive que par degrés, et sa progression décroissante n'est pas plus continue et régulière

que ne l'est l'accroissement des accidents dans la première période de la maladie. Les symptômes, qui ont d'abord diminué d'intensité aux heures où les accidents ont coutume de s'atténuer, s'aggravent ensuite et reprennent presque toute leur violence quelques heures plus tard. Les phénomènes évidemment critiques, ou au moins qui sont liés à la diminution des accidents fébriles, tels que les sueurs, les selles liquides mucoso-bilieuses, les urines troubles et sédimenteuses, très marqués à certains instants du jour, s'interrompent à d'autres, et quelquefois même se suspendent pendant un ou deux jours, durant lesquels la maladie semble avoir arrêté sa marche décroissante.

Durée des fièvres assodes continues.

1795. Dans les cas les plus heureux, toutes les périodes réunies d'accroissement, d'état et de déclin de la fièvre assode continue, ne comprennent que huit à neuf jours, rarement toute la durée de la maladie excède douze à quinze jours. Les cas qui se prolongent jusqu'à trois semaines sont exceptionnels; on a cependant rapporté des observations sur des fièvres dyspepsiques continues qui ont persisté pendant un temps beaucoup plus long, et quelques auteurs s'en sont autorisé pour assigner à ces maladies une durée plus prolongée que celle que nous indiquons. En lisant les observations sur des cas de cette espèce, il est facile de reconnaître qu'on a le plus souvent compris dans la durée de la maladie la dyspepsie mucoso-bilieuse simple qui la précède si souvent comme prodrome, ou qui persiste quelquefois après elle. D'autres fois il est évident qu'on a assimilé à la fièvre dyspepsique continue simple des fièvres dyspepsiques converties en typhus, ou même des typhus qui présentent dans tout leurs cours, avec les accidents spéciaux qui leur sont propres, des symptômes dyspepsiques plus ou moins prononcés.

Symptômes consécutifs aux fièvres dyspepsiques continues terminées.

1796. Les évacuations alvines mucoso-bilieuses, les urines plus ou moins abondantes et sédimenteuses, les sueurs qui se produisent souvent dans les derniers jours des fièvres

dyspepsiques continues et comme crises de ces maladies, persistent dans la plupart des cas pendant plusieurs jours après que tous les autres accidents morbides ont cessé, et par conséquent pendant la convalescence confirmée. Il n'est même pas très rare que ces diacrises critiques se reproduisent ensuite plusieurs fois pendant la convalescence, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Mode de terminaison des fièvres dyspepsiques continues.

1797. Les fièvres dyspepsiques continues se terminent le plus ordinairement d'une manière complète par la disparition simultanée de tous les accidents, qui leur appartiennent. Ainsi les symptômes pyrétiques, les phénomènes d'irritation, de turgescence gastro-intestinale, et même les accidents dyspepsiques proprement dits, cessent tous à la fois, de manière à ne laisser subsister aucun des phénomènes constitutifs de la maladie; il ne reste qu'un état de faiblesse que les malades conservent pendant assez longtemps, et une irritabilité extrême des organes digestifs qui imposent pendant plusieurs jours, et quelquefois pendant des semaines la nécessité de grandes précautions pour le régime.

Les fièvres assodes continues peuvent, comme toutes les autres fièvres dyspepsiques, se terminer en se convertissant dans les autres formes de ces maladies: ainsi, en se réduisant à un état de dyspepsie nidoreuse simple sans fièvre (1703, 1709 *et sqq.*), en prenant le caractère rémittent et même intermittent prononcé, enfin en passant à l'état chronique, ou enfin en se transformant en fièvre typhode.

Dans le premier cas, les seuls symptômes dyspepsiques persistent, la maladie se dépouille de ses plus graves accidents, tels que les symptômes fébriles et les phénomènes immédiats de phlegmasie ou au moins d'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Dans les cas où elle prend le caractère rémittent ou intermittent, la maladie peut conserver d'abord toute l'in-

tensité de ses accidents, mais ils s'atténuent d'une manière de plus en plus complète à certains instants du jour, redoublent ensuite par des stades de frisson de plus en plus marqués : ce n'est qu'après cette transformation que les accidents morbides, et surtout les symptômes dyspepsiques, diminuent.

Quand une fièvre dyspepsique continue prend la forme chronique, cette transformation n'est guère évidente qu'à la fin de sa période décroissante, alors pendant que les symptômes dyspepsiques persistent, l'état fébrile, jusque-là continu, se convertit en une fièvre fugace, à paroxysmes irréguliers et très peu prononcés.

Dans les cas où la fièvre dyspepsique continue se convertit en typhus, cette conversion arrive à toutes les périodes de la maladie : elle s'annonce par l'augmentation journellement croissante de l'adynamie avec laquelle coïncident toujours les symptômes dyspepsiques proprement dits; elle se confirme par la manifestation des pétéchies, cette éruption caractéristique des typhus.

Des terminaisons funestes des fièvres dyspepsiques continues.

1798. Les fièvres assodes continues sont les plus graves des dyspepsies pyrétiques; elles ne se terminent cependant pas, dans la plupart des cas, directement d'une manière funeste. Cette terminaison n'arrive guère que chez des personnes affaiblies par l'âge, par de très rudes travaux, ou par des maladies antécédentes. Dans ce cas, l'issue funeste de la maladie s'annonce, lorsqu'elle est arrivée à son plus haut degré, par un état d'adynamie qui se montre à la fois dans les mouvements musculaires qui deviennent si faibles et si incomplets que le malade reste sans mouvement, ou ne pouvant se mouvoir que lentement et incomplètement dans son lit, et dans les diastoles artérielles qui deviennent molles, courtes, et souvent irrégulières; les traits s'affaissent, les yeux s'excavent, la peau se sèche de plus en plus; sa teinte ictérique devient encore plus prononcée; la langue se sèche : les malades ont de

l'ardeur à la gorge ; la soif devient vive ; des vomissements bilieux verdâtres surviennent plusieurs fois par jour, après l'ingestion des boissons, et même spontanément ; le malade a presque dans tous les cas des selles liquides bilieuses, et éprouve souvent des coliques obtuses ; les urines sont peu abondantes, et quelquefois même tout à fait supprimées ; le ventre ne devient ordinairement pas douloureux à la pression, ni même plus tendu ; mais quelquefois aussi il se météorise. La mort arrive comme dernier terme de cette adynamie croissante du huitième au douzième jour de la maladie.

1799. Le tableau des symptômes des fièvres dyspepsiques continues que nous venons d'exposer, comprend tous les phénomènes que ces maladies nous ont présentés dans les cas particuliers que nous avons décrits au lit du malade, depuis quinze ans. Il n'est guère de fièvre dyspepsique continue qui ne puisse rentrer dans cette description générale; cependant on doit remarquer que cette maladie a nécessairement des formes particulières très différentes par l'intensité variable et relative de certains de ses phénomènes, ou par des épiphénomènes divers chez chaque malade. Ces formes particulières se rattachent néanmoins toujours à la forme générale de cette maladie par la continuité de l'état fébrile et la prééminence des accidents dyspepsiques.

1800. En comparant la description des fièvres assodes continues que nous venons de tracer aux descriptions que des auteurs en ont données, on peut y signaler des différences qu'il importe de faire remarquer.

Causes des différences des symptômes des fièvre dyspepsiques continues d'après certains auteurs.

La conversion de la maladie en typhus, ou, suivant le langage ancien, le passage de la fièvre dyspepsique à l'état de fièvre putride ou maligne, n'était d'abord séparée de la fièvre gastrique proprement dite, autrement que comme le plus haut degré d'une même maladie ; de là le mélange dans plusieurs descriptions des auteurs, avec les phéno-

mènes des fièvres dyspepsiques continues des symptômes particuliers au typhus ou à la forme putride de la maladie, tels que les pétéchies, les hémorrhagies de la pituitaire et du tube digestif, le délire, les parotides, etc., etc.

Les phénomènes inflammatoires gastro-intestinaux qui existent dans ces fièvres, en même temps que les symptômes dyspepsiques, ont une grande intensité dans certaines de ces maladies, et sont dominants pendant des constitutions épidémiques intenses. Quelques auteurs, préoccupés de cette circonstance, ont donné à ces phénomènes trop de relief dans leurs descriptions, tels ont été, entre autres, Van-Helmont, T. Bartholin, F. Hoffmann. Les médecins, qui ont écrit sur les épidémies des pays chauds, ont trop insisté, dans le tableau général des accidents de ces fièvres, sur les symptômes dysentériques et même sur les phénomènes de phlegmasie hépatique, qui sont des épiphénomènes habituels pour les fièvres assodes de ces contrées.

De la distinction des fièvres continues dyspepsiques en fièvres gastriques bilieuses et pituiteuses.

1801. La description générale que nous présentons ci-dessus, s'applique surtout aux fièvres dyspepsiques continues que les auteurs ont qualifiées de fièvres gastriques bilieuses. On observe souvent, surtout dans nos climats et pendant les saisons froides et humides, une forme de fièvre dyspepsique, dont les symptômes ont moins d'acuité, et dont la marche est plus lente et comme semi-chronique. Cette fièvre assode que l'on a particulièrement désignée sous le nom de fièvre pituiteuse, prend la forme continue comme la forme rémittente (1755 *et sqq.*), et même elle est plus souvent continue que rémittente. Elle a été observée en 1761, à Gœttingue, par Rœderer et Wagler, et à Naples en 1764, par Sarcone.

Description spéciale de la fièvre pituiteuse continue.

1802. Dans les fièvres continues assodes pituiteuses, les symptômes dyspepsiques proprement dits sont ceux de l'embarras gastrique muqueux (1713); ils consistent dans l'anorexie, des éructations fades, nidoreuses ou acides, une saveur muqueuse à la bouche, des nausées et même

des vomissements de matière muqueuse insipide ou quelquefois aigre; la langue est large, molle, enduite d'une couche de mucus blanc-jaunâtre; les selles sont tantôt rares, tantôt au contraire diarrhéiques; elles sont préparées par des douleurs tormineuses obtuses; elles ne consistent qu'en un mucus plus ou moins mélangé de fécès liquides. Quant aux symptômes généraux, les plus prononcés sont des douleurs intenses dans les membes, vers les articulations surtout, principalement pendant la nuit, un sentiment extrême de faiblesse, de la pesanteur de tête, l'agrypnie. Pour les phénomènes fébriles, se montrent surtout par de la sécheresse à la peau, dont la chaleur n'est pas beaucoup plus vive que dans l'état de santé et par la fréquence du pouls qui n'est jamais très grande. La fièvre augmente ordinairement, en même temps que la chaleur de la peau, la céphalalgie, les douleurs des membres, et le malaise général, le plus souvent vers le soir ou dans la nuit, d'une manière progressive et sans frisson paroxystique.

Lorsque tous ces accidents de la fièvre assode pituiteuse continue ont duré pendant plusieurs jours, comme cinq ou huit jours, il survient habituellement de la diarrhée peu abondante avec ténesme; cette diarrhée se montre très souvent en même temps que des aphthes sur la muqueuse buccale et linguale. Dans les cas les plus heureux, qui sont aussi les plus fréquents, la maladie décroît par la diminution successive de tous ses accidents. Les urines deviennent sédimenteuses et troubles; il se manifeste des sueurs nocturnes; la langue se débarrasse de sa couche saburrhale; la soif disparaît, l'appétit revient, et le malade arrive ainsi au terme de sa maladie ordinairement en huit à dix jours.

1803. Dans les fièvres dyspepsiques pituiteuses continues; si l'intensité des accidents fébriles va en croissant jusqu'au huitième ou dixième jour, le malade a de la douleur épigastrique, de fréquents vomissements, des nausées plus fréquentes encore; il se manifeste une soif

très vive, de l'ardeur à la gorge, le ventre devient tendu vers l'ombilic et les flancs, et douloureux à la pression; pendant ce temps là les malades perdent rapidement leurs forces, l'adynamie va croissant, il se manifeste un état de subdelirium ou de coma vigil; la langue et la bouche se sèchent, le pouls se déprime. Les malades succombent ordinairement, lorsque la maladie atteint ce haut degré d'intensité, surtout si ce sont des vieillards ou des personnes affaiblies par des maladies antécédentes.

1804. Les fièvres muqueuses continues se terminent plus fréquemment que les autres formes de fièvres assodes continues en se convertissant en typhus. Aussi est-ce surtout à cette forme des fièvres assodes continues que les auteurs ont rapporté, à côté des symptômes dyspepsiques proprement dits, des symptômes de typhus. Pour les fièvres continues bilieuses, toujours plus aiguës et plus intenses, par la violence de leurs symptômes, que les fièvres dyspepsiques pituiteuses, c'est moins en introduisant des symptômes de typhus dans la description générale qu'ils en ont tracée, que des auteurs ont donné un tableau inexact de ces maladies, qu'en y comprenant des symptômes inflammatoires locaux, et principalement ceux qui se rapportent à la phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale.

(D) Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes chroniques.

Définition de la forme chronique des fièvres assodes.

1805. Les conditions morbides auquelles se rapportent les fièvres que nous comprenons sous la dénomination de fièvres assodes, peuvent exister à l'état chronique et déterminer des phénomènes pyrétiques ordinairement peu intenses comme tous les symptômes des maladies chroniques, mais longs, réfractaires, et amenant progressivement l'exténuation de toutes les fonctions organiques. C'est cet ensemble de phénomènes morbides qui constitue la maladie que nous appelons fièvre dyspepsique chronique;

c'est cette maladie que F. Hoffmann attribuait, sous le nom de fièvre hectique, à la présence de saburrhes dans les premières voies, ou à la suppression obtenue sans précautions, de fièvres intermittentes ou de diarrhées, dans lesquelles existaient des accidents gastriques indiquant l'administration des évacuants [1].

Médecins qui ont observé la fièvre dyspepsique chronique.

1806. La forme chronique des fièvres dyspepsiques n'est pas aussi fréquente que la forme aiguë; elle n'est pas cependant si rare qu'il soit facile de concevoir qu'elle n'ait pas appelé l'attention de la plupart des médecins modernes. On la trouve mentionnée dans quelques monographies publiées sur les fièvres gastriques et bilieuses épidémiques. Tissot dans sa description de l'épidémie bilieuse de Lausanne, parle de personnes atteintes de la maladie épidémique, qui ne se rétablissaient qu'après plusieurs semaines, et d'autres chez qui les symptômes morbides allaient en croissant depuis quinze jours, avec une augmentation progressive de la chaleur et de la faiblesse qui faisait craindre la fièvre lente [2]. Finke indique, comme résultat de la persistance de la maladie bilieuse du Tecklenbourg, la détérioration des fonctions, et spécialement des digestions, et un état valétudinaire dans lequel les malades étaient faibles, maigres, chagrins, nonchalants pendant plusieurs semaines [3]. Ces états morbides chroniques sont des formes de l'hectisie qui résulte d'une dyspepsie nidoreuse prolongée.

Description d'après Stolh de la fièvre dyspepsique chronique.

1807. C'est Stoll qui a le premier établi comme fait, que la persistance à l'état chronique des conditions morbides constitutives de l'embarras gastrique ou gastro-intestinal, occasionne ou entretient la fièvre hectique, qu'il a appelée *légère fièvre bilieuse chronique*. Voici la des-

[1] *Med. ratio. syst. in op. omni.*, t. II, sect. II, cap. XIII, p. 175. Genevæ, 1761.

[2] *Dissert. de feb. bili., etc.*, p. 5.

[3] *De morb. bilio. anom., etc.*, p. 22. In-8°. Monast Westph., 1786.

cription succincte qu'il en a donnée. « De longs chagrins, des peines, des inquiétudes qui éloignent le sommeil, affaiblissent l'estomac et les intestins; altèrent les sucs gastriques, alors surtout que la saison de l'année y concourt. Il en résulte quelquefois une infirmité de longue durée, qui cependant ne retient pas le malade au lit, et qui se montre par la perte de l'appétit, des chaleurs et des frissons légers, la saveur amère des aliments, la maigreur. Cette disposition finit chez quelques uns par devenir une fièvre considérable, bilieuse, maligne, pituiteuse, le plus souvent rebelle aux efforts de l'art. J'ai vu les femmes surtout y être sujettes, et, plus que les autres, celles du peuple qui avaient perdu leurs maris et en même temps les moyens de fournir à leurs besoins et à ceux d'une famille nombreuse[1] ».

Observations cliniques sur la fièvre assode chronique.

1808. Broussais a adopté sur ces maladies la même doctrine que Stoll, et l'a établie sur les observations suivantes :

« Une dame de soixante ans avait depuis plusieurs semaines de l'anorexie, la bouche mauvaise, lorsqu'elle fut tout à coup saisie d'une ophthalmie à l'œil droit sans aucune cause externe évidente. Un chirurgien prescrivit des collyres adoucissants et plusieurs purgatifs; puis l'usage de l'eau de veau avec la crême de tartre. Pendant quinze jours, progrès lents de l'ophthalmie et persévérance de l'embarras gastrique, c'est alors que Broussais fut appelé. Après avoir constaté l'existence de cette dernière maladie, attestée par une langue sale, couverte d'un enduit jaune et épais, une bouche amère et pâteuse, de l'anorexie, il prescrivit trois grains de tartre stibié. Trois jours après trouvant la malade sans aucun changement, il conseilla d'appliquer des sangsues aux paupières; il y eut un soulagement momentané de la douleur des yeux qui se ranima ensuite; un vésicatoire fut placé sans plus de résultat derrière l'oreille. Cependant la cornée se perça

[1] *Rat. med.*, p. 11, cap. XII.

dans un point de sa circonférence, il survint un staphylôme qui devint en peu de jours très volumineux, avec un gonflement prodigieux du globe oculaire et des paupières. Les symptômes locaux n'arrivèrent à ce degré qu'après deux mois et demi de souffrances. Voici l'état du système général dont ils étaient la dépendance : symptômes de l'embarras gastrique qui réduisaient la malade à ne vivre que de bouillon, de légères soupes ou de coulis; sentiment de faiblesse universelle, et surtout à l'épigastre; pouls habituellement fréquent et tendu; chaleur vers le soir et dans la nuit, avec agitation et insomnie, amaigrissement. Au bout de deux mois et demi la bouche était croûteuse, la fièvre plus vive pendant le jour; la malade était désespérée. La perte de son œil à laquelle elle s'attendait, la désolait beaucoup moins que l'invincible dégoût qu'elle avait pour les aliments, la saveur détestable qu'elle leur trouvait, et la faiblesse dans laquelle elle tombait de plus en plus. On avait donné quatre à cinq fois l'émétique; on avait prodigué la crême de tartre, le tamarin, la manne, etc. C'est alors que des questions réitérées apprirent à Broussais qu'aucun des vomitifs n'avait excité le vomissement, il prescrivit de réitérer les doses de tartre stibié, d'ipécacuanha et d'eau chaude, jusqu'à ce qu'on eût obtenu des vomissements bilieux. Cette prescription fut exécutée; dès le soir, appétit, beaucoup moins de fréquence dans le pouls, plus de chaleur nocturne, sommeil; le lendemain toujours mieux, on donna le quinquina en décoction; la malade se trouva parfaitement bien sous le rapport du système gastrique et des forces. Du côté de l'ophthalmie, les choses n'allaient pas aussi bien. Au bout de huit jours, Broussais constata que le système gastrique restait en bon état, qu'il n'y avait pas de fièvre, et que les forces revenaient malgré la violence de l'inflammation oculaire. Il fallut pratiquer l'excision du globe de l'œil. »

« Un jeune homme fut pris d'un embarras gastrique : il

prit un émétique qui lui fit rejeter uniquement l'eau qu'il avalait; il se purgea ensuite deux ou trois fois dans l'espace d'un mois et demi; il prit quelques toniques et de bon vin. Malgré tous ces moyens, il conserva de l'amertume à la bouche, du dégoût et une céphalalgie continuelle : il mangeait à peine, et il était sujet à de fréquents frissons; il avait le soir une petite fièvre très sensible, des nuits agitées, une toux fatigante; il maigrissait à vue d'œil. Je lui conseillai de répéter la dose d'émétique et de se gorger d'eau tiède jusqu'à ce qu'il eût vomi de la bile avec effort. Il suivit cet avis, et, contre son attente, il se trouva guéri tout à coup. »

Ces deux observations sont également remarquables par la nature et l'intensité des phénomènes dus à la présence de la dyspepsie nidoreuse, par l'opiniâtreté de cette dyspepsie, et enfin par la rapidité avec laquelle la maladie a cédé avec tous ses symptômes à l'emploi d'une médication évacuante plus active que celle à laquelle on avait d'abord eu recours.

1809. La fièvre hectique assode est si peu rare, qu'il nous serait facile de déposer ici un assez grand nombre de faits semblables à ceux rapportés par Broussais; nous nous bornerons à donner des exemples des formes les plus tranchées de ces maladies chroniques.

Un étudiant en médecine avait été soumis, pendant les mois de février, mars et avril, à un traitement antisyphilitique pour des exostoses vénériennes consécutives à une syphilis traitée sans mercure quatre mois auparavant. Il avait fait usage de la liqueur de Van-Swieten d'abord, et ensuite des frictions mercurielles qu'il avait, par notre conseil, portées deux fois jusqu'à occasionner la salivation; il avait pris en même temps la tisane de Feltz. Au mois de mai, pendant qu'il était encore faible et amaigri par suite

F. J. V. Broussais, *Recherches sur la fièvre hectique.* Paris, 1803, in-8°, p. 12 *et sqq.*

de son traitement, ce jeune homme contracta une bronchite légère : il se fit saigner, et comme il conservait de la toux, il se mit au lait pour boisson et presque pour unique aliment. Après deux ou trois semaines de ce régime, il lui survint une diarrhée avec des coliques habituelles, et il perdit tout à fait l'appétit : il fut alors pris de douleurs gastralgiques obtuses qui revenaient irrégulièrement dans la journée. Il vint nous consulter : il avait la bouche amère, la langue large, molle et saburrhale; il était décoloré, très maigre et dans un état de faiblesse extrême, au point qu'il éprouvait des sueurs dès qu'il marchait pendant quelques instants, et une fatigue telle qu'il était forcé de s'arrêter. Il n'avait pas de fièvre, le pouls était mou et dépressible. Après avoir examiné l'état de la poitrine, qui ne présentait aucune apparence d'état morbide, mais sur laquelle ce jeune homme avait de l'inquiétude, nous conseillâmes l'administration d'un vomitif d'abord, et ensuite d'une tisane légèrement amère. Il ne se soumit pas à cette prescription qui contrariait les idées qu'il s'était faites sur sa maladie : il se croyait affecté d'une gastro-entérite, qu'il attribuait à l'influence du traitement mercuriel qu'il avait subi. Il insista sur le traitement antiphlogistique, il supprima le lait, et il se mit à ne vivre que de bouillon de veau et de poulet, à boire abondamment des tisanes féculentes, gommeuses et sucrées, à prendre des bains, à s'appliquer des cataplasmes sur le ventre. Son état s'aggrava : il survint de temps en temps des nausées et même des vomissements, et enfin de la fièvre. Il nous fit alors appeler : il y avait six semaines que nous ne l'avions vu. Il était dans l'état le plus déplorable : maigreur très prononcée, faiblesse portée au point qu'il ne pouvait parler à haute voix pendant quelques minutes sans être essoufflé et sans perdre la voix; teint pâle et jaune, teinte semi-ictérique des conjonctives; langue large, d'un jaune grisâtre à sa base, irritée sur les côtés par des aphthes disséminés; anorexie complète, saveur pâ-

teuse et comme sucrée à la bouche, salive visqueuse, gencives boursoufflées, ventre mou et indolent dans toute son étendue, légèrement météorisé à la région sous-ombilicale. La rate dépassait le bord des fausses côtes d'environ un pouce et demi. Les selles étaient tantôt supprimées pendant deux ou trois jours, tantôt diarrhéiques et trop abondantes; d'autres fois elles étaient dures et liquides deux ou trois fois dans la même journée, presque toujours elles étaient rendues après des douleurs obtuses de coliques, fréquemment elles contenaient du mucus tantôt floconneux, tantôt moulé en lanière et en fourreau; ces concrétions muqueuses paraissaient au malade n'être autre chose que des pseudo-membranes produites par la phlegmasie intestinale dont l'idée ne le quittait pas. Les forces musculaires étaient d'une faiblesse telle, que ce jeune homme allait avec peine de son lit à son fauteuil, et ne pouvait se tenir debout sans être bientôt sur le point de défaillir. Le pouls s'élevait plusieurs fois dans la journée irrégulièrement, sans frisson, quelquefois jusqu'à cent dix pulsations; il était petit, dépressible; la peau était chaude et sèche au toucher; il survenait parfois la nuit des sueurs assez abondantes. Les urines étaient aqueuses, inodores, et ne laissaient déposer aucun sédiment. Les facultés intellectuelles étaient, au dire du malade, si affaiblies, qu'il ne pouvait pas se livrer à la lecture sans fatigue et sans perdre la suite de ses idées au bout de quelques minutes. Nous parvînmes difficilement à convaincre ce jeune homme qu'il n'avait ni phlegmasie interne, ni maladie organique, et que toute sa maladie n'était qu'une dyspepsie chronique, qui entretenait la consomption et la fièvre lente, en rendant les digestions impossibles, et qui occasionnait ainsi des évacuations lientériques. Nous lui conseillâmes l'administration de l'ipécacuanha par doses fractionnées jusqu'à ce qu'il obtint quatre à cinq vomissements. Il s'y soumit en tremblant : il vomit sept à huit fois des matières mu-

queuses d'abord, et ensuite une grande quantité de bile jaunâtre. Le soir, nous le trouvâmes très fatigué, agité, le pouls battant encore quatre-vingt-dix fois. Nous lui fîmes administrer une tasse de bouillon froid, que nous lui recommandâmes de réitérer tontes les trois heures, pendant la nuit et le lendemain, en alternant avec la décoction de racine de gentiane coupée avec partie égale d'eau alcaline gazeuse. Le surlendemain, troisième jour du traitement, il était dans un état d'amélioration des plus prononcés : il avait très bien dormi la nuit précédente, l'anorexie avait cessé; cependant la langue restait saburrhale, il y avait encore des aphthes sur la muqueuse buccale; il n'avait point eu de selles depuis trois jours, il était tourmenté par des borborygmes et des coliques obtuses, le ventre était tendu vers les flancs et légèrement météorisé, le pouls ne battait que quatre-vingts fois par minute; la peau était sans chaleur anomale, le malade se sentait beaucoup plus fort; il avait eu la nuit précédente une diaphorèse facile assez abondante. Nous conseillâmes un apozème préparé avec une infusion de follicules de séné et de racine de rhubarbe, édulcorée avec le sirop de nerprun. Dix ou douze selles liquides, brunâtres, bilieuses, très fétides, furent le résultat de ce médicament. Le quatrième jour, l'appétit était rétabli, la langue n'était plus saburrhale; le malade se sentait beaucoup plus fort, et désirait sortir à l'air libre. Le pouls, toujours faible, était descendu à soixante-dix pulsations. La peau avait repris son aspect normal et la face sa coloration naturelle, les conjonctives n'étaient plus ictériques. De l'eau alcaline gazeuse fut donnée comme tisane, et nous conseillâmes l'administration de viandes grillées et rôties de bœuf ou de mouton, pour aliment, et le vin de Bordeaux coupé avec l'eau alcaline gazeuse pour boisson aux repas. Deux jours après, il survint spontanément deux ou trois selles bilieuses, avec quelques douleurs tormineuses; l'appétit fut moins vif, et la digestion se fit avec

une douleur gravative à l'épigastre ; la langue était un peu muqueuse à sa base. Nous prescrivîmes au malade de prendre pendant quatre jours de suite, le matin, quatre onces d'une infusion préparée à froid d'une demi-once de rhubarbe dans une livre d'eau, et de continuer du reste son régime alimentaire. Cette médication détermina deux selles liquides pendant deux jours, et une seulement les deux jours suivants. L'appétit revint, les aliments furent facilement supportés et digérés, et ce jeune homme fut ainsi tout à fait rétabli ; trois semaines après il avait repris toutes ses forces, et pouvait se livrer à ses études ; deux mois après, il était fort engraissé, et jouissait de la meilleure santé.

Les phénomènes dyspepsiques étaient très prononcés chez le sujet de l'observation que nous venons de rapporter ; ils avaient la forme habituelle qu'on leur reconnaît dans la plupart des dyspepsies (1709 *et sqq.*), leur nature était ainsi facilement appréciable ; d'un autre côté, comme ces symptômes avaient précédé tous les autres et restaient encore dominants au milieu de tous les accidents morbides, il était facile de reconnaître la nature réelle de la maladie, et la cause de la fièvre hectique dans la lésion dyspepsique.

1810. Dans le cas suivant, la nature de la maladie était moins évidente, parce que les symptômes de consomption et d'hectisie étaient si prononcés, que les phénomènes dyspepsiques proprement dits ne pouvaient se reconnaître qu'avec beaucoup d'attention, et en tenant compte de toutes les circonstances de l'état morbide.

Une femme de 22 ans, d'une constitution frêle et des plus irritables, était accouchée sans aucun accident depuis un mois, lorsqu'elle fut prise, étant à la campagne, d'une fièvre d'accès qui revenait tous les jours par des frissons très prononcés et sans régularité. Elle éprouvait une vive douleur dans le ventre, et avait de la diarrhée. Cette fièvre dura pendant deux ou trois semaines, affaiblit beau-

coup la malade, et détermina un amaigrissement extrême et une si grande irritabilité du système nerveux, qu'elle ne pouvait entendre le moindre bruit, sans qu'il survînt des spasmes très violents. On eut recours contre cette maladie, dont nous ne pouvons parler que d'après les renseignements fournis par la malade, à des applications de sangsues à la vulve et à un régime alimentaire des plus sévères. La fièvre cessa, mais elle laissa un état de faiblesse extrême avec des douleurs épigastriques habituelles, des éructations continues, pendant plusieurs heures, après les repas; de temps en temps, il survenait, vers le matin, une diarrhée stercorale avec de vives douleurs de coliques; dans la journée, cet état se calmait, pour recommencer quelques jours après; dans les intervalles, il y avait habituellement de la constipation. Cette dame vint alors habiter Paris; elle consulta M. Marjolin qui lui conseilla d'insister sur un régime alimentaire peu réparateur, principalement composé de viandes blanches, de légumes féculents et de laitage. Il lui prescrivit de plus l'usage du lait d'ânese et les bains gélatineux prolongés; cependant l'amaigrissement continua ses progrès, l'anorexie augmenta, la diarrhée revint plus fréquemment; bientôt de la fièvre se manifesta pendant la nuit, surtout avec une vive chaleur sèche à la peau, de l'agitation et une excitation nerveuse portée au point que la malade était presque maniaque. Cet état cessait vers le matin, sans sueur évidente; il ne se reproduisait pas régulièrement, et n'avait pas toujours aussi la même intensité. Il y avait deux mois que cette maladie persistait, s'aggravant lentement, mais n'ayant pas suspendu un seul jour ses progrès, quand nous fûmes appelé. La maigreur approchait du marasme; la malade avait la face d'un blanc laiteux, la langue était large, comme lanugineuse à sa surface; la muqueuse buccale était pâle : de petites ulcérations aphtheuses existaient sur la muqueuse des joues. La malade nous apprit qu'il s'en

manifestait souvent. Elle avait une saveur comme gommeuse à la bouche; elle excrétait beaucoup de salive visqueuse, et n'éprouvait aucun appétit; elle avait même de la répugnance pour les aliments; l'épigastre était faiblement douloureux à la pression; après les repas, pendant deux ou trois heures, la malade y ressentait une douleur profonde, gravative; le pouls s'élevait alors, et les joues devenaient légèrement plaquées et brûlantes, ainsi que les mains. Elle était tourmentée par des borborygmes, des éructations et souvent des flatuosités rendues par l'anus. Le ventre devenait tous les deux ou trois jours le siége de douleurs obtuses continues, durant lesquelles des coliques se montraient; il survenait ensuite des selles stercorales demi-liquides, extrêmement abondantes. La malade avait ordinairement ainsi trois à quatre selles, puis le ventre se refermait. Vers le soir, le pouls s'élevait jusqu'à cent quatre pulsations; la peau devenait alors sèche et brûlante; de vives douleurs contusives se manifestaient dans les membres. L'irritabilité du système nerveux était extrême, au point que la malade s'exaspérait pour la moindre cause, et se laissait aller aux exagérations les plus prononcées de la joie et de la tristesse; elle se plaignait de sa faiblesse, et disait qu'elle faisait les plus grands efforts pour ne pas se détruire, tant la vie lui était à charge. Après avoir exploré avec grand soin l'état de la poitrine et des viscères abdominaux, sans trouver aucune apparence de lésion appréciable des viscères, nous ne voulûmes prendre de parti sur l'état de cette dame qu'après avoir étudié la marche de sa maladie pendant quelques jours. Nous arrivâmes ainsi à reconnaître qu'il se manifestait de la fièvre presque toutes les nuits, que l'état fébrile s'établissait habituellement, peu après le très léger repas du soir, par une élevation successive du pouls, sans frisson; que la langue devenait alors jaune-grise, saburrhale; que l'anorexie était habituellement extrême et même portée jusqu'à provoquer

quelquefois des nausées tous les trois ou quatre jours; qu'alors la malade éprouvait une plus vive douleur épigastrique, après les repas, des éructations plus fréquentes et plus incommodes, et qu'enfin il se manifestait des selles stercorales, demi-liquides, très considérables et très fétides. Tous ces symptômes nous semblèrent indiquer la présence d'une dyspepsie gastro-intestinale habituelle, par suite de laquelle les digestions restant imparfaites, l'amaigrissement et tous les accidents généraux qui avaient été successivement en s'aggravant étaient survenus. Nous prescrivîmes l'administration de l'ipécacuanha; il en résulta cinq à six vomissements muqueux et bilieux, sans évacuation alvine. La malade fut très fatiguée le soir, et eut un mouvement fébrile prononcé : une potion légèrement opiacée fut administrée. La fièvre cessa dans la nuit qui se passa dans le calme, mais presque sans sommeil. Le lendemain matin l'anorexie était moindre; la malade se sentait faible et désirait des aliments; une tasse de bouillon froid fut administrée; elle provoqua quelques douleurs gravatives à l'épigastre, des éructations et quelques borborygmes. La malade s'abstint de boisson pendant la journée, et mangea, vers le soir, une noix de côtelette de mouton rôti, et but un verre d'eau rougie avec du vin de Bordeaux; elle eut de la fièvre et de l'agitation pendant la nuit, et une céphalalgie constrictive assez intense; vers le matin, il survint une selle liquide stercorale avec des douleurs tormineuses. Une tasse de bouillon froid prise à huit heures détermina des douleurs gravatives à l'épigastre, des nausées légères, mais continues, qui duraient encore à onze heures, lors de notre visite, dans laquelle nous reconnûmes une couche saburrhale épaisse sur la langue. La tête était douloureuse à la région frontale, et la malade avait comme des vertiges. Nous conseillâmes d'administrer en quatre doses, d'heure en heure, vingt-quatre grains d'ipécacuanha, et de favoriser les effets de ce re-

mède avec de l'eau légèrement émétisée. Cinq vomissements et quatre évacuations alvines liquides furent ainsi provoquées. La nuit suivante fut calme, et la malade dormit pendant presque toute sa durée; vers le matin, elle eut une sueur abondante. Elle prit deux fois de la viande blanche froide et sèche; elle but de l'eau vineuse en mangeant, et immédiatement après le repas deux cuillerées de vin de quinquina. Ce régime fut très bien supporté pendant trois jours; l'appétit était revenu et n'était cependant pas pressant; la langue était nette et non saburrhale; les aphthes buccaux avaient disparu; l'abdomen n'était le siége d'aucune douleur; la faiblesse diminuait, les nuits étaient calmes mais sans beaucoup de sommeil; la malade se croyait rétablie. Cependant l'appétit se perdit de nouveau sans cause connue, des coliques se prononcèrent; il survint des évacuations alvines très abondantes et très fétides, la malade eut des douleurs contusives dans les cuisses, et la nuit suivante une fièvre assez vive que nous reconnûmes le lendemain. Nous constatâmes que le ventre était tendu, comme météorisé vers les flancs. Nous prescrivîmes un apozême purgatif préparé par l'infusion à chaud de deux gros de follicules de séné, un gros de sulfate de soude, et addition de deux onces de sirop de fleurs de pêcher. Nous conseillâmes de revenir tous les deux jours à l'administration de ce médicament, et de donner le jour intermédiaire huit onces d'une infusion à froid de quinquina rouge en deux prises, puis d'insister sur l'usage des viandes grillées et rôties, aux repas, en petite quantité. Cette médication fut continuée pendant six jours, et du moment qu'elle commença à y avoir recours, la malade entra en convalescence, ses digestions se firent bien; l'appétit devint meilleur de jour en jour; les forces se rétablirent, et la maladie fut ainsi terminée. Deux mois après cette dame avait repris son embonpoint; ce ne fut qu'alors que ses règles qui n'avaient pas reparu depuis son accouchement, se rétablirent.

Dans le cas que nous venons de rapporter, les symptômes dyspepsiques n'étaient pas tellement prononcés qu'on pût au premier abord apprécier toute leur importance. La maigreur extrême de la malade, l'état fébrile qui revenait surtout la nuit, l'irritabilité excessive qu'elle avait acquise, le trouble des fonctions nerveuses, et même l'exaltation des facultés intellectuelles, tous ces accidents faisaient craindre l'existence d'une lésion inflammatoire chronique vers quelques organes internes. Nous fûmes cependant détournés de cette crainte par la considération de la fixité des symptômes dyspepsiques depuis le début de la maladie, augmentant avec elle, et s'exaspérant à chaque recrudescence. Ainsi l'anorexie n'avait jamais cessé, la malade avait constamment une saveur désagréable à la bouche, qui devenait plus prononcée à chaque exacerbation; la langue devenait alors aussi saburrhale. Dans ces exacerbations la malade avait à un plus haut degré des coliques, des éructations, des selles liquides; les digestions devenaient plus lentes et plus pénibles, par les souffrances épigastriques, les éructations, les borborygmes et les flatuosités qu'elles provoquaient, et par l'état d'agitation fébrile nocturne qu'elles occasionnaient. Tous ces symptômes appartiennent aux simples dyspepsies nidoreuses (1710); la persistance sous forme chronique de l'état morbide qu'ils représentent, et de l'imperfection des digestions qui en est le résultat nécessaire, suffisait pour expliquer l'hectisie où était tombée la malade. L'inutilité des moyens thérapeutiques auxquels on avait eu recours, ne faisait d'ailleurs que fortifier notre opinion.

Passage des dyspepsies aiguës à l'état de fièvre assode chronique.

1811. La fièvre hectique assode arrive souvent par la transformation en maladie chronique des dyspepsies aiguës simples avec ou sans fièvre. Ce changement se fait d'ordinaire à une époque où le décroissement progressif des accidents peut faire espérer la terminaison prochaine de la maladie; alors ce décroissement s'interrompt et l'on voit persister

les symptômes dyspepsiques encore évidents quoique diminués d'intensité : la bouche reste amère et la langue saburrhale ; l'appétit ne revient pas ou se montre d'une manière inégale, un jour nul, un autre jour exagéré ; la digestion est plus ou moins difficile et lente ; elle provoque des douleurs épigastriques, gravatives ou brûlantes avec des éructations, des borborygmes ; elle est suivie de coliques sourdes avec un météorisme passager du ventre ; les selles sont tantôt supprimées, tantôt fréquentes et formées de fécès abondantes, fétides, plus ou moins bilieuses, contenant une quantité toujours assez grande d'aliments non digérés.

Plusieurs semaines se passent souvent après la terminaison en apparence achevée, d'une affection dyspepsique aiguë, sans qu'il se montre d'autres symptômes que ceux-ci, et encore ces symptômes sont-ils, dans beaucoup de cas, moins prononcés ; quelquefois ils se suspendent tout à fait pendant plusieurs jours, au point que tous les accidents semblent terminés, et qu'on s'étonne de ne pas voir les forces se rétablir, et le bien-être de l'état de santé se consolider, puis ils reparaissent ensuite sous la même forme, mais le plus souvent plus intenses.

Symptômes des fièvres assodes chroniques développées.

1812. L'état que nous venons de décrire, remarquable par la présence, mais aussi par le peu d'intensité, et en même temps par les variations fréquentes de formes et de violence des symptômes dyspepsiques, constitue la première période des fièvres hectiques assodes ; cet état s'établit peu à peu, souvent sans que les malades, et quelquefois même les médecins y apportent beaucoup d'attention, parce que les accidents d'abord peu intenses, semblent fugaces et ne se reproduisent que par intervalles. Au bout de huit ou dix jours, douze ou quinze jours au plus, la fièvre hectique assode est tout à fait évidente, elle est alors suffisamment caractérisée par la perte de l'appétit, la couche saburrhale de la langue, la saveur nidoreuse de la bouche, la céphalalgie, les vertiges, et ensuite l'agitation

générale, la fréquence du pouls pendant la nuit et après les repas. Presque toujours des évacuations alvines liquides se montrent de temps à autre précédées de coliques, de tension et même de météorisme abdominal. Des flocons de mucus glaireux, jaunâtre, quelquefois disposé en grumeaux, d'autres fois comme moulé en lamelles et même en fourreaux modelés sur la forme de la surface interne de l'intestin, se rencontrent souvent dans les produits des évacuations alvines; dans quelques cas, ils en forment habituellement la plus grande partie. Pendant que tous ces symptômes se succèdent, les forces des malades se perdent, l'amaigrissement se manifeste, les recrudescences fébriles deviennent de plus en plus intenses, quoique rarement régulières; elles s'accompagnent fréquemment de sueurs abondantes, colliquatives et d'urines aqueuses, limpides, rendues en très grande quantité. Quelquefois, avec ces accidents, les malades ont des nausées et même des vomissements.

1813. La marche de fièvres hectiques assodes n'est pas toujours égale et continue. Les accidents sont au contraire variables, tant pour leur intensité que pour leurs formes et pour les phénomènes qu'ils occasionnent, non seulement d'un jour à l'autre, mais même d'une semaine à l'autre. Un jour, ce sont des symptômes saburrhaux gastriques bien évidents; un autre, le malade a les accidents de l'embarras intestinal (1712); pendant quelques jours les selles sont bilieuses, pendant quelques autres elles contiennent en quantité variable des flocons ou des lamelles muqueuses, ou bien le malade rend des fécès non mélangées de bile, qui ne sont que le détritus d'aliments incomplètement digérés, et par conséquent des selles lientériques; dans quelques cas, la constipation s'établit ensuite pour faire place après quelques jours à la diarrhée. La langue est presque toujours saburrhale pendant la nuit, et se nettoie dans la journée. Ce symptôme est aussi variable

par intervalles, de même que l'aspect de la muqueuse buccale, tantôt pâle et blafarde, et d'autres fois injectée et même couverte d'aphthes. L'appétit, le plus souvent nul, revient par intervalles; il est même dans quelques cas exagéré, ou bien il est perverti, faisant désirer des aliments de mauvaise qualité ou des substances de haut goût. Les phénomènes pyrétiques montrent la même instabilité : un jour la fièvre est vive, le lendemain ou la nuit suivante elle a cessé; une fois il se manifeste un paroxysme avec frisson, chaleur et sueur; puis ce paroxysme ne se repoduit pas pendant plusieurs jours, durant lesquels la fièvre ne se montre que par instants. Pendant que tous ces accidents se succèdent ou se prolongent, les forces se détériorent, la maigreur se prononce de plus en plus, le teint devient blafard ou jaunâtre, la peau devient sèche, les veines sous-cutanées semblent revenir sur elles-mêmes, le pouls se déprime, le cœur palpite pour les moindres causes; les organes des sens et les organes sensoriaux prennent une irritabilité insolite; dans quelques cas les extrémités s'œdématient, et quelquefois même l'œdème devient général; les hémorrhagies habituelles se suppriment, la menstruation s'interrompt.

Durée et terminaison des fièvres asodes chroniques.

1814. La fièvre hectique dyspepsique peut durer ainsi pendant des mois, présentant toujours pour phénomènes saillants l'irrégularité et les variations d'intensité et de succession des accidents qu'elle détermine; le plus souvent elle finit d'une manière heureuse, tantôt par la diminution graduelle de ses symptômes, et tantôt, plus souvent peut-être si nous devons en juger par nos observations propres, après la manifestation de vomissements ou de selles liquides marquées par de vives recrudescences des accidents, et par une sorte de conversion de la maladie en dyspepsie aiguë intense. Cette conversion est dans quelques cas, comme Stoll l'a remarqué, un mode de terminaison fâcheux à cause de la gravité qu'aquiert promptement la fièvre dyspepsique aiguë en laquelle elle se change (1807).

La terminaison funeste est l'issue la plus rare de la fièvre assode chronique chez les adultes; il n'en est pas de même chez les enfants; elle arrive comme dernier terme de l'exténuation progressive de l'organisme, par la prolongation d'un état morbide qui tarit la principale source de réparation du corps en entretenant une imperfection, sinon une suspension complète des digestions.

1815. La convalescence des fièvres hectiques assodes est toujours très prolongée; elle l'est d'autant plus que la maladie a duré davantage et qu'elle a eu une plus grande intensité. Les organes gastro-intestinaux conservent pendant longtemps une irritabilité exagérée qui impose les plus grandes précautions; la dyspepsie nidoreuse reparaît pour les causes les plus légères et peut ramener une partie ou même la totalité des accidents morbides.

Épiphénomènes nerveux des fièvres assodes chroniques.

1816. L'irritabilité extrême des organes des sens et même du centre nerveux cérébral, constitue la source des épiphénomènes les plus prononcés du plus grand nombre des fièvres assodes chroniques; elle est portée quelquefois au point que toutes les impressions sensitives et morales les plus habituelles et les plus faibles, deviennent des causes de douleurs. Ainsi, les sons aigus, la vue des objets éclairés, les mouvements des objets ou des personnes autour de soi, les odeurs quelque peu pénétrantes, le sentiment de la moindre gêne dans les vêtements, et les conversations sur les objets qui touchent leurs intérêts, même au plus faible degré, la moindre contrariété de la part de ceux qui les entourent; toutes ces impressions irritent les malades, et provoquent de leur part des actes d'impatience et de colère, et exaspèrent en même temps les accidents morbides et spécialement les symptômes fébriles. Un pareil état réagit bientôt sur les facultés intellectuelles et modifie l'ordre des idées et des actes sensoriaux. Ces malades deviennent indifférents à tout ce qui touche leur famille; ils ne se préoccupent plus que de leur maladie, ils tombent dans une sorte

de mélancolie dont on peut trouver un exemple dans un des faits précédemment cités (1810), et que Lorry a très bien décrite en signalant toute l'importance des symptômes dyspepsiques, et en leur attribuant même la mort des malades [1].

Symptômes de la fièvre assode chronique des nouveaux nés.

1817. La fièvre hectique assode, assez fréquente chez les vieillards, est l'une des maladies à la fois les plus graves et les plus insidieuses des enfants au berceau, chez lesquels elle est très commune à l'occasion du sevrage, ou sous l'influence d'un mauvais régime alimentaire.

1818. La fièvre assode chronique des enfants à la mamelle a les symptômes suivants. Le petit malade devient pâle et maigrit rapidement; son teint est bientôt comme plombé; ses yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle jaunâtre, ses paupières s'œdématient, ses extrémités sont froides; le ventre est gonflé, comme bouffi, mou sous la pression, et par instants météorisé et rénitent; la langue est blanchâtre; l'appétit est d'abord augmenté, au point que l'enfant saisit avec avidité le mamelon, ou avale rapidement les boissons qui lui sont offertes; mais cette espèce de boulymie dure peu; bientôt l'appétit devient nul, et l'enfant refuse les aliments; il a parfois et irrégulièrement des vomissements; son haleine est chaude et d'une odeur acescente; les selles peu nombreuses sont abondantes et diarrhéiques, elles sont formées par un mucus bilieux liquide, d'un jaune ou d'un blanc grisâtre, au milieu duquel on reconnaît des grumeaux de lait coagulé, qui ont traversé le tube digestif, sans être altérés; quelquefois les matières excrétées par l'anus sont formées en grande partie de bile jaune ou verdâtre: dans la plupart des cas, ces excrétions abondantes se produisent en très peu de temps, après l'ingestion des aliments liquides; les urines sont peu abondantes et quelquefois presque nulles; la peau est sèche, chaude sur les côtés du cou et du tronc, froide sur les extrémités; le pouls est fréquent, le plus

[1] *De Melancholia*, p. II, cap. VI, p. 387.

souvent à certains instants du jour et à des heures irrégulières. Quand la maladie a acquis toute son intensité, la fièvre est continue; dans la nuit, vers le matin, une sueur abondante se montre sur le cou et à la tête de l'enfant.

1819. La maladie persiste ordinairement pendant deux ou trois semaines, avec toutes les alternatives d'accroissement et de diminution, et l'instabilité des accidents qui appartiennent toujours à la fièvre dyspepsique chronique. Quand la maladie s'exaspère, la fièvre devient plus intense et tout à fait continue; la diarrhée est en même temps plus abondante et même séreuse; des vomissements s'établissent, après l'ingestion de presque tous les aliments et des boissons. L'enfant, arrivé au marasme complet, tombe dans un état d'adynamie semi-comateux; le pouls se déprime, et la mort arrive rapidement.

Épiphénomènes de la fièvre assode chronique des enfants nouveau-nés.

1820. La fièvre dyspepsique chronique des enfants ne présente, avec les symptômes que nous venons d'indiquer, que peu d'épiphénomènes: les plus communs consistent dans la présence de vomissements, dès le début de la maladie, et pendant toute sa durée comme symptômes dominants; par ces vomissements, les enfants rejettent les aliments à peine altérés, et quelquefois peu d'instants après qu'ils ont été administrés. Dans quelques cas, au contraire, les aliments séjournent pendant assez longtemps dans l'estomac, et n'en sont pas moins rejetés dans un état de chymification fort imparfait. C'est ainsi qu'on voit souvent des enfants à la mamelle vomir, plusieurs heures après avoir tété, des grumeaux caséeux, qui n'ont subi d'autre altération que la coagulation. La fréquence des vomissements dans les dyspepsies chroniques des enfants n'exclut pas les selles liquides formées de mucus et de détritus d'aliments non altérés par la digestion : ces selles ne manquent point dans ces maladies.

De l'anasarque symptômatique des fièvres asso-

1821. Il n'est pas très rare, pendant la fièvre lente dyspepsique des enfants, de voir l'œdème se montrer aux extré-

des chroniques des enfants nouveau nés.

mités et aux paupières, et s'étendre ensuite à tout le corps. Cette anasarque se manifeste quelquefois dans des fièvres dyspepsiques peu intenses; nous l'avons vu arriver dès les premiers jours de l'invasion de cette maladie, surtout quand les urines étaient supprimées; le plus souvent elle ne paraît que lorsque l'enfant est tombé dans le marasme, et au plus haut degré de la maladie. Quand les enfants sont très jeunes, cet accident ne manque presque jamais : dans ces cas-là, la mort est bientôt le résultat de la maladie. Les forces de l'enfant baissent; il se refroidit à mesure que l'adynamie fait des progrès, et que la circulation et la respiration s'affaiblissent; alors les membres infiltrés et œdémateux deviennent durs, rénitents, ne recevant que par une pression assez forte l'impression des doigts, et la conservant ensuite. L'œdème symptômatique des dyspepsies chroniques des enfants très jeunes, devient, par ces circonstances, une des formes de l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux nés : état morbide qui n'est qu'un œdème symptômatique, qui n'appartient du reste qu'à la maladie qui nous occupe.

Des convulsions épiphénoméniques des fièvres assodes chroniques des nouveaux nés.

1822. Les convulsions se montrent quelquefois pendant le cours de la fièvre lente dyspepsique des enfants à la mamelle; elles sont plus fréquentes, quand cette maladie occasionne des vomissements réitérés comme phénomènes dominants. Nous les avons vues se manifester avec l'anasarque au plus haut degré d'intensité de la maladie, et occasionner brusquement une terminaison funeste; mais ces convulsions étaient générales et violentes, elles constituaient plutôt une complication qu'un épiphénomène. On ne doit point leur comparer quelques accidents spasmodiques qui surviennent beaucoup plus fréquemment dans ces maladies chez les enfants, et qui ne sont que des épiphénomènes et même des épiphénomènes peu graves, tels que le hoquet, les grincements de dents et les soubresauts des membres. De ces phénomènes morbides, les deux pre-

miers surtout sont très fréquents et se rencontrent à toutes les périodes des fièvres lentes dyspepsiques des enfants.

De la fièvre hectique assode des enfants de deux à cinq ou sept ans.

1823. La fièvre hectique assode, quoique moins commune que chez les enfants à la mamelle, n'est pas une maladie rare chez les enfants de deux à cinq, ou sept ans : elle a encore les mêmes symptômes, à la différence que les jeunes malades pouvant exprimer, jusqu'à un certain point, leurs impressions; on peut constater dans ces cas, comme chez les adultes, les douleurs épigastriques, les coliques plus ou moins intenses, qui précèdent d'ordinaire les selles diarrhéiques. Les fécès excrétées ne sont plus en général aussi liquides que chez les nouveaux nés : c'est une matière crèmeuse, fétide, d'un gris-jaune, fauve ou grisâtre, dans laquelle on remarque le plus souvent des débris d'aliments non digérés. On trouve assez souvent dans ces matières des vers lombrics que les malades rejettent aussi quelquefois par le vomissement; on y reconnaît aussi des matières muqueuses semi-concrètes en flocons ou sous l'apparence de pseudo-membranes.

(E) Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes ataxiques.

Du caractère ataxique des fièvres assodes.

1824. Les fièvres dyspepsiques ont quelquefois des symptômes insolites si graves qu'ils constituent par eux-mêmes des causes de grand danger et quelquefois de mort. Si ces symptômes ne résultent pas de complications déterminées, et s'ils deviennent par leur gravité les phénomènes morbides dominants, ils impriment à la maladie le caractère ataxique. Ce caractère peut être revêtu par toutes les fièvres dyspepsiques éphémères, rémittentes, continues ou chroniques; il s'exprime dès le début, ou pendant le cours de ces fièvres, par les symptômes d'une grande perturbation des fonctions du cerveau ou du système nerveux.

Différences principales des fièvres assodes ataxiques et des fièvres que les

1825. L'intensité des fièvres dyspepsiques portée jusqu'à occasionner chez des personnes irritables des phénomènes de surexcitation nerveuse, comme des mouvements spas-

auteurs ont décrites sous les noms de fièvres bilieuses graves, etc.

modiques, ou un délire plus ou moins prononcé, ne fait point exception à la régularité de la maladie; l'intensité des accidents réactionnels est en rapport avec l'intensité des conditions constitutives de l'état morbide; il y a là une maladie violente, mais non une maladie ataxique. On ne peut aussi considérer comme des accidents ataxiques des fièvres assodes, les symptômes de trouble des fonctions cérébrales et nerveuses qui surviennent par suite de la conversion des fièvres dyspepsiques en typhus. Ces symptômes présentent des variations d'intensité et même des irrégularités dans leur manifestation, mais ils se rapportent au typhus et non à la fièvre assode, actuellement terminée par métaptose. Nous ne considérons pas davantage comme une fièvre gastrique bilieuse grave ou ataxique, et par conséquent comme une fièvre dyspepsique intense, la fièvre jaune d'Amérique que des auteurs en ont rapprochée. On ne sera donc point surpris que nous n'adoptions pas pour les fièvres dyspepsiques ataxiques, les descriptions générales des formes graves des fièvres gastriques des auteurs, qu'ils ont qualifiées de fièvres gastriques nerveuses ou malignes; nous reprochons à ces descriptions générales de réunir, comme appartenant à une même maladie, des affections non identiques, telles que les fièvres gastriques graves, régulières ou ataxiques, les typhus survenus par métaptose de ces fièvres, et la fièvre jaune d'Amérique[1].

Modes divers de manifestation des fièvres assodes ataxiques.

1826. Aucune maladie pyrétique ne se montre plus souvent que les fièvres dyspepsiques avec de graves accidents nerveux, caractérisés surtout par le délire et des phénomènes spasmodiques. L'intensité de ces symptômes et des épiphénomènes qui s'y joignent, leurs rapports avec les autres accidents de la maladie, modifient ces fièvres de bien des manières. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions décrire, et surtout faire connaître par

[1] Telle est, par exemple, la description des fièvres gastriques nerveuses de P. Frank. (*Epit. de curand. hom. morb.*, t. I, § 103.)

des observations, toutes les formes morbides qui en résultent; on peut concevoir combien elles sont nombreuses, en réfléchissant au nombre déjà très grand des symptômes nerveux ou cérébraux ataxiques qui peuvent survenir, et aux circonstances variables dans lesquelles ils peuvent se produire pendant le cours des fièvres dyspepsiques éphémères, rémittentes, continues et chroniques; et cependant on ne se représente pas encore, en se mettant à ce point de vue, tous les modes ataxiques de ces fièvres; il faut aussi considérer les symptômes anomaux qui surviennent dans les formes mixtes des fièvres assodes qui se rapportent aux conversions réciproques de chacune des espèces les unes dans les autres. C'est à la sagacité du médecin à déterminer, au lit du malade, toutes les modifications qui résultent des symptômes spéciaux qui appartiennent à chacun des cas particuliers.

Observation clinique sur une fièvre assode éphémère. ataxique délirante.

1827. L'observation suivante, que nous empruntons à Stoll, a pour objet une fièvre dyspepsique éphémère ataxique.

« Sur la fin du printemps, on transporta à l'hôpital un jeune chirurgien, lié par les quatre membres et dans le délire. On nous raconta que depuis longtemps il se livrait à l'étude avec excès, et la poussait bien avant dans la nuit; qu'il était plus pâle depuis quelques semaines, et que depuis neuf jours environ il avait moins d'appétit; que la veille, au soir, il était tombé sans connaissance; que pendant la nuit il avait poussé de fréquents soupirs et tenu des propos sans suite; qu'il n'avait reconnu personne; qu'une saignée ne l'avait point soulagé; que le sang était beau, et enfin qu'il ne répondait point aux questions qu'on lui faisait. Ce malade ayant la langue d'un blanc verdâtre et une fièvre peu considérable, je lui donnai sur le champ, à prendre par petites doses, un purgatif composé de manne et de sel carthartique amer, et beaucoup d'eau miellée. Comme il commençait à vomir, avant que le ventre ne s'ouvrît, je

changeai ma marche, et, laissant ce qui restait du purgatif, je prescrivis un vomitif qui fit rendre, à plusieurs reprises, beaucoup de matières vertes et pituiteuses. La connaissance revint aussitôt après le vomissement. Il restait une pesanteur de tête, qui céda en peu de temps à des remèdes salins qui lâchaient doucement le ventre, et enfin aux amers [1] ».

Observation clinique sur une fièvre assode ataxique comateuse.

1828. Chez le malade sur lequel a été recueillie cette observation, le symptôme ataxique a été le délire violent, avec perte de connaissance. Cet accident s'est manifesté dès le début de la fièvre dyspepsique et presque en même temps que les phénomènes ordinaires de cette maladie; dans le cas suivant, la forme des phénomènes ataxiques et leur rapport avec la maladie ont été différents.

Une domestique âgée de dix-neuf ans, forte et habituellement bien portante, entra à l'hôpital le 6 août. Il y avait huit jours qu'elle avait été prise d'une céphalalgie sus-orbitaire peu intense, avec une douleur épigastrique légère, jointe à une amertume extrême à la bouche, et à de fréquentes nausées. Deux jours auparavant, dans la nuit, elle avait vomi deux fois, et encore deux autres fois la veille de son entrée à l'hôpital. Le 7 août, la langue était blanchâtre, saburrhale à la base et rosée à la pointe; la bouche était fort amère. La malade, qui n'avait point eu de fièvre jusqu'alors, avait un frisson peu intense, porté cependant jusqu'à provoquer le tremblement qui indiquait le début de l'état fébrile. La face était pâle, le pouls serré et d'une fréquence modérée. Elle avait des nausées et était à chaque instant sur le point de vomir. Une tisane simple fut prescrite. Le 8 août, la malade avait été agitée toute la journée de la veille et pendant la nuit; la fièvre était vive, les pommettes fort injectées; la langue jaunâtre, saburrhale sur toute sa surface; l'haleine était fétide, la soif intense; le pouls était mou, facilement dépressible, battant quatre-vingt-

[1] *Med. prat.* de Max. Stoll, trad. par P. A. O. Mahon, t. II, p. 87.

dix-huit fois par minute ; la peau très chaude et sèche; la céphalalgie était vive à la région sus-orbitaire, l'épigastre était douloureux à la pression, et même dans les mouvements de la respiration ; deux selles demi-liquides avaient été rendues sans douleur dans la nuit précédente. Dans la soirée, cette fille adressa la parole à la malade du lit voisin et exprima des idées déraisonnables ; bientôt après elle tomba dans une sorte d'assoupissement semi-comateux, duquel on la faisait cependant sortir, en l'appelant et en fixant fortement son attention. On pratiqua, dans la nuit, une saignée de huit onces, et l'on appliqua des sinapismes aux pieds. Le 9 août, le même état persistait ; en appelant la malade et en l'agitant, on la faisait sortir, pour un instant, de l'état comateux où elle était; mais elle répondait à peine aux questions qu'on lui adressait ; elle ne paraissait pas les comprendre et retombait immédiatement dans l'état soporeux. La fièvre était toujours vive, les pommettes étaient plaquées d'un rouge violâtre, la langue large et fortement saburrhale, le ventre à demi tendu et comme météorisé vers les flancs. Nous fîmes immédiatement administrer dans une cuillerée d'eau un grain de tartre stibié, et nous prescrivîmes d'administrer la même dose du même médicament toutes les heures jusqu'à ce qu'on eût provoqué cinq à six vomissements. La malade vomit deux fois peu après l'administration du deuxième grain d'émétique, et sortit presque aussitôt de l'état comateux dans lequel elle était depuis la veille. On administra jusqu'à quatre grains; il y eut huit vomissements et six selles très abondantes. Dans la nuit suivante il se manifesta une sueur considérable. Le 10 août il n'y avait plus de fièvre; la langue était encore saburrhale : la malade se sentait la tête pesante et éprouvait une courbature générale. De la limonade simple fut prescrite ; le soir le pouls était légèrement fébrile ; il se manifesta deux selles liquides dans la nuit. Le 11, point de fièvre; la langue

restait saburrhale, la bouche amère ; la malade n'avait pas d'appétit ; elle avait pris, la veille, un léger potage qu'elle n'avait digéré qu'avec beaucoup de difficulté. Un apozème purgatif, avec le séné et le sulfate de soude, fut prescrit ; il en résulta des selles bilieuses abondantes. Le 13 on réitéra l'apozème ; la dyspepsie fut alors terminée, et cette fille entra en convalescence.

Les symptômes ataxiques ont consisté ici en un état de collapsus des fonctions cérébrales, qui a été jusqu'au coma le plus prononcé : cet accident grave ne s'est manifesté que le deuxième jour de la fièvre dyspepsique, sans qu'aucun symptôme anomal dans ces maladies ait pu le faire prévoir ; il a du reste cédé sous l'influence d'un émétique, avec les symptômes pyrétiques eux-mêmes, tout comme le délire violent du malade observé par Stoll ; de ce moment le déclin de la maladie a été évident, et sa terminaison a été promptement obtenue.

De l'époque de la durée des fièvres assodes à laquelle la maladie prend le caractère ataxique.

1829. Les symptômes ataxiques peuvent survenir dans les fièvres dyspepsiques à une période encore plus avancée que celle à laquelle ils sont survenus chez la malade qui a été le sujet de la précédente observation ; ils peuvent arriver dans des fièvres assodes qui ont duré d'abord un certain temps sous la forme continue, puis ensuite ont passé à la forme rémittente. Ils se montrent alors dans les paroxysmes pyrétiques, comme si c'étaient des accès de fièvre pernicieuse. Finke a vu, pendant l'épidémie bilieuse du Tecklembourg, un homme qui eut d'abord une fièvre bilieuse régulière, laquelle eut des rémissions de deux jours l'un. Le jour de l'exacerbation, cet homme restait pendant quelques heures dans un état soporeux profond [1].

Observation clinique sur une fièvre assode rémittente ataxique.

1830. Voici un des exemples les plus marqués de fièvre dyspepsique ataxique que nous ayons recueillis. La fièvre

[1] *De feb. bilio. anoma.*, etc., p. 61.

était rémittente, et les accidents ataxiques consistaient dans un délire aigu intense.

Un dessinateur en papier peint, âgé de quarante-un ans, d'une forte constitution, mais irritable, et habitué à des excès de vin, avait depuis cinq jours un sentiment général de courbature, de la céphalalgie, de l'amertume à la bouche, et un sentiment de constriction douloureuse à l'épigastre. Ces accidents s'étaient manifestés après un excès de table. Il fut pris, le 11 juin, d'un accès de fièvre, qui débuta par un sentiment général d'horripilation peu intense mais très prolongé, pendant la durée duquel il vomit deux fois des matières liquides très amères. La fièvre qui succéda fut assez vive et se termina, après avoir duré toute la nuit, par une sueur peu considérable. La journée du 12 se passa dans un état de courbature avec de la céphalalgie, des douleurs comme de crampes dans les jarrets, une anorexie extrême. La nuit suivante la céphalalgie augmenta, et la fièvre revint mais sans frisson; elle alla en augmentant pendant le reste de la nuit et toute la journée du lendemain. Le malade vomit deux ou trois fois, une heure après l'ingestion, du bouillon gras qu'il n'avait pris qu'avec répugnance. Le soir, il eut un redoublement de fièvre très prononcé, qui commença par un frisson très court. Dans la nuit, après s'être plaint de céphalalgie intense, il se mit à délirer au point que sa femme en fut effrayée; il voulait se lever et sortir pour aller à son travail. Il s'agitait violemment dans son lit. Appelé le 14 au matin, quatrième jour de la fièvre, nous trouvâmes cet homme dans un état d'agitation extrême, il tenait des propos sans suite, et s'occupait sans cesse de gens qui seraient venus le frapper la nuit précédente dans son lit. Les yeux étaient brillants et hagards; la face était animée et d'un rouge comme violâtre, plaqué sur les pommettes; les ailes du nez, le pourtour des lèvres et les conjonctives étaient légèrement ictériques. L'épigastre était si sensible que la plus légère pression qu'on y exerçait fai-

sait tressaillir le malade; le ventre était légèrement tendu. La langue présentait une couche saburrhale jaunâtre, épaisse sur toute sa surface; la peau était chaude, sèche et le pouls fréquent, large et facile à déprimer. Comme on nous dit que les accidents diminuaient depuis le lever du soleil, nous ne prescrivîmes qu'une tisane acidule. Le soir, le malade était calme, mais il ne cessait de rêvasser; cependant quand on fixait son attention, il répondait avec justesse aux questions. Il se plaignait de céphalalgie et de nausées, il avait un dégoût extrême pour les boissons; le pouls, beaucoup moins fréquent que le matin, battait quatre-vingt-seize fois par minute; la peau était toujours sèche et chaude; les boissons délayantes furent continuées. La nuit suivante fut moins agitée, néanmoins le malade ne cessa de délirer; le cinquième jour au matin, nous le trouvâmes très abattu, couché en supination, avec un aspect de stupeur sur la face aussi marqué que dans un typhus. Tous les symptômes dyspepsiques et fébriles persistaient, la teinte ictérique de la peau et des conjonctives se prononçait de plus en plus. Il y avait eu deux ou trois selles liquides bilieuses, rendues dans le lit pendant la nuit précédente; les urines étaient diaphanes, d'une teinte safranée. Nous prescrivîmes l'administration de vingt-quatre grains d'ipécacuanha avec deux grains de tartre stibié; il en résulta des évacuations bilieuses très abondantes et nombreuses, par le vomissement et les selles. Le soir, plus de calme, moins d'abattement; dans la nuit, il y eut encore de l'agitation et un redoublement marqué par un léger frisson, mais la céphalalgie fut peu intense, et le malade put reposer quelques heures. Le sixième jour, le malade avait toutes ses facultés intellectuelles; la céphalalgie avait cessé, l'ictère avait beaucoup diminué, la langue était encore saburrhale; le ventre était indolent sur toute sa surface; le malade avait de la soif, sa courbature était encore très grande; on lui administra une once de sul-

fate de soude; il fut fort abondamment purgé. Le jour suivant, l'état saburrhal restait seul sans retour de la fièvre; on tint le malade aux boissons délayantes pour tout remède. En quatre à cinq jours tous les accidents dyspepsiques avaient cessé, et cet homme était ainsi tout à fait rétabli.

L'intensité des accidents chez ce malade, le délire qui se joignit aux symptômes fébriles, dès qu'ils eurent atteint un certain degré de violence, l'état d'abattement porté presque jusqu'au coma vigil, imprimaient à la maladie une forme tout à fait anomale, qui lui donnait quelque similitude avec la fièvre typhode. Tous ces accidents, malgré leur violence, étaient évidemment liés à la lésion dyspepsique dominante. On peut remarquer en effet que les symptômes ordinaires des fièvres dyspepsiques ont été évidents avant les phénomènes cérébraux, et même après qu'ils eurent cessé et que les phénomènes dyspepsiques proprement dits ont constitué seuls les premiers accidents de la maladie, et sont restés très prononcés pendant toute sa durée jusqu'à sa terminaison.

Forme générale des phénomènes morbides dans les fièvres assodes ataxiques.

1831. Pour réunir dans un tableau général tous les symptômes des fièvres assodes ataxiques, il faudrait d'abord présenter la description des phénomènes ordinaires des fièvres dyspepsiques avec les formes de fièvre assode éphémère, rémittente, continue et chronique, car l'état ataxique n'empêche pas tous ces symptômes de se montrer, et ils n'en constituent pas moins les phénomènes principaux de la maladie; on y joindrait ensuite l'exposé des accidents nerveux qui viennent par leur présence donner à ces maladies le caractère ataxique. Ces accidents se montrent sous la forme du délire aigu plus ou moins intense, d'une agitation extrême, qui empêche de pouvoir retenir le malade au lit, de spasmes dans les membres, d'un accablement comme comateux, qui rend le malade étranger à tout ce qui l'entoure, de douleurs céphalalgiques des plus

intenses, de douleurs comme névralgiques ou de crampes dans les membres, etc. Tous ces symptômes sont toujours réunis aux accidents ordinaires des fièvres dyspepsiques.

On voit que les phénomènes ataxiques qui modifient et rendent irréguliers la marche et les symptômes des différentes fièvres assodes sont variables suivant les cas particuliers, tant par leur intensité que par leurs formes. Survenant à des périodes différentes de la maladie, au début, dans la période d'augmentation, et quelquefois vers le déclin, les phénomènes ataxiques ne peuvent être compris dans une description générale, qni convienne également à tous les cas particuliers. Toutefois, les changements que leur présence introduit dans les fièvres assodes, sont faciles à apprécier, puisqu'elle se reconnaît à côté des phénomènes ordinaires des fièvres dyspepsiques qui existent toujours dans ces cas, et que c'est à elle qu'est due la forme spéciale ataxique de la maladie, et aussi le plus souvent toute la gravité de l'état morbide.

Marche et terminaison des fièvres assodes ataxiques.

1832. La marche des fièvres dyspepsiques ataxiques ne diffère pas de celle des fièvres dyspepsiques ordinaires très intenses, lorsque la maladie n'a pas une gravité telle qu'elle occasionne rapidement la mort; mais dans ce dernier cas, elle est le plus souvent interrompue par une issue funeste; car la terminaison des fièvres dyspepsiques ataxiques est plus souvent fâcheuse que celle des fièvres dyspepsiques ordinaires.

L'imminence de l'issue funeste s'annonce ordinairement, dès l'invasion des phénomènes ataxiques, par l'intensité extrême que prend l'état fébrile, et par la prostration des forces qui s'y joint; les accidents marchent quelquefois alors si rapidement que la mort arrive deux ou trois jours après l'invasion des symptômes ataxiques; c'est ainsi que Finke rapporte qu'un homme de trente-trois ans, était arrivé jusqu'au neuvième jour de la fièvre bilieuse, lorsqu'il commença à présenter un dérangement des fa-

cultés intellectuelles; la gravité de sa maladie n'était pas grande, puisqu'il se promenait dans son appartement, lorsque ce symptôme ataxique survint; le onzième jour, il mourut avec des accidents phrénétiques [1].

Suites des fièvres assodes ataxiques.

1833. Quand les fièvres assodes ataxiques ne se terminent pas d'une manière fâcheuse, elles ont toujours sur l'organisme une plus grave influence que les autres fièvres dyspepsiques. Les convalescences de ces fièvres sont nécessairement plus longues et plus pénibles que lorsque la maladie a suivi sa marche régulière, et lorsqu'elles sont confirmées le convalescent conserve le plus souvent des traces de l'état ataxique antécédent. Ainsi des douleurs céphalalgiques, revenant avec plus ou moins de régularité et avec une intensité variable, ont retardé beaucoup le rétablissement de deux personnes sur lesquelles nous avions observé des fièvres dyspepsiques ataxiques délirantes. La dyspepsie nidoreuse simple survit quelquefois, plus souvent peut-être aux fièvres assodes ataxiques qu'aux fièvres dyspepsiques ordinaires; elle persiste pendant la convalescence, qu'elle ralentit et rend incomplète.

(F) Des symptômes communs à toutes les fièvres assodes ou dyspepsiques.

Indication générale des divers symptômes communs aux fièvres assodes.

1834. Tous les phénomènes qui proviennent immédiatement des conditions morbides constitutives des fièvres dyspepsiques sont les symptômes communs de ces maladies. Les différences qui séparent les formes diverses des fièvres assodes ne se trouvent point dans la nature de leurs symptômes, qui est toujours la même, mais bien dans les circonstances qui se rattachent au développement, à la succession et à la durée des phénomènes morbides.

Les symptômes communs des fièvres dyspepsiques sont indiqués dans toutes les descriptions qu'on a données de ces maladies : ce sont d'abord ceux des dyspepsies muqueuses ou nidoreuses (1709 *et sqq.*), avec tous les épi-

[1] Finke, *De feb. bili. anom.*, p. 111.

phénomènes qui se joignent à ces maladies (1719 *et sqq.*); ils ne manquent dans aucune de ces fièvres et, s'ils ne précèdent, comme cela est le plus ordinaire, tous les autres accidents qui n'arrivent qu'au plus haut degré d'intensité de la maladie, ils commencent au moins avec eux et persistent autant, et quelquefois même plus longtemps qu'eux, la maladie reprenant, à son déclin, sa forme initiale de dyspepsie muqueuse simple.

Les symptômes pyrétiques ou réactionnels qui n'appartiennent point aux dyspepsies simples, sont aussi communs à toutes les fièvres assodes; c'est sur leur intensité, leur marche et la forme qu'ils revêtent, que reposent les différents modes des fièvres dyspepsiques.

Dans la plupart des fièvres assodes plus ou moins immédiatement appréciables, on remarque des modifications dans les qualités extérieures des solides ou des liquides. Ces modifications qui peuvent être qualifiées par l'épithète de dyscrasiques, à cause de l'idée qu'elles font naître de l'existence d'un certain degré d'altération dans la constitution des solides ou des liquides, se montrent dans la plupart des dyspepsies simples, mais elles sont beaucoup plus prononcées dans les fièvres dyspepsiques.

Des symptômes dyspepsiques proprement dits communs à toutes les fièvres assodes.

1835. Les symptômes dyspepsiques proprement dits, communs à toutes les fièvres assodes, « sont l'amertume » de la bouche avec des nausées, principalement le matin. » La langue est invisquée de gluten, d'un goût dés- » agréable; l'haleine est fétide, les dents sont fuligineu- » ses. Les fécès sont très fétides, comme les flatuosités qui » sont rendues par l'anus en grande quantité. Quelquefois » la tête est pesante et comme tremblante, et si le ma- » lade se dresse sur son lit, sa tête semble l'entraîner par » son poids d'un côté ou d'un autre; d'autres fois la tête » est presque continuellement le siége d'une douleur gra- » vative, avec sensation de battements dans les tempes. » Ces douleurs s'exaspèrent après l'ingestion des aliments

» et se joignent quelquefois, après les repas du soir, à des » bourdonnements et des sifflements dans les oreilles. Les » urines n'offrent pas d'altération ou au moins sont peu » modifiées. La face est pâle, il y a habituellement de la » constipation et de l'anorexie[1]. »

Ces symptômes dyspepsiques, variables dans leur intensité, commencent toujours la maladie, persistent pendant toute sa durée jusqu'à son déclin, et existent quelquefois encore à un certain degré pendant la convalescence. Ils présentent souvent des modifications : ainsi, dans beaucoup de cas et à des périodes irrégulières et indéterminées de la maladie, l'anorexie est portée à l'extrême; il s'y joint des nausées et quelquefois des vomissements; très souvent, surtout quand la maladie a dépassé son plus haut degré d'intensité, les symptômes dyspepsiques ont la forme particulière aux embarras intestinaux (1712, 1718); le ventre s'ouvre; il survient des coliques et des selles liquides, tantôt formées par des matières muqueuses d'une densité variable, mêlées à des fécès plus ou moins mal élaborées, tantôt elles contiennent une plus ou moins grande quantité de bile jaune ou verdâtre, irritant l'anus par son contact.

Les matières vomies et souvent les matières excrétées par l'anus, contiennent quelquefois des vers lombrics. Cela se rencontre surtout dans les fièvres dyspepsiques chroniques; pour les fièvres dyspepsiques aiguës, ce sont surtout celles qui ont les caractères que les auteurs ont appelées muqueuses ou pituiteuses (1756 *et sqq.*), qui présentent des produits d'excrétion avec des vers.

Des symptômes réactionnels communs aux fièvres assodes.

1836. Les symptômes pyrétiques ou réactionnels ne se manifestent, dans la plupart des fièvres assodes, qu'après les symptômes dyspepsiques; ils constituent comme une deuxième période de la maladie; le moment de leur invasion n'est cependant point déterminé : tantôt c'est au bout

[1] G. Baglivi, *Epist. de purgat. in princ. feb.*, *etc.* N. Andry, *op. omn.* p. 311, *Venet.* 1761, in-4°.

de quelques heures de la maladie, d'autres fois c'est après deux ou trois semaines, quelquefois c'est dès le début des symptômes dyspepsiques. Dans tous les cas, la fièvre survient subitement à un haut degré de violence, ou d'une manière comme progressive, et en continuant, pour ainsi dire, l'accroissement graduel des accidents morbides. Le plus souvent elle se déclare par un frisson d'une intensité variable, après lequel la chaleur fébrile s'établit; quelquefois elle se manifeste d'abord d'une manière peu tranchée par une horripilation à peine appréciable, suivie d'une chaleur fébrile qui dure au plus quelques heures.

Très souvent, pendant le stade initial des fièvres dyspepsiques ou de leurs paroxysmes, et quelquefois pendant toute la durée de l'état fébrile, mais seulement alors par intervalles, le pouls devient intermittent et irrégulier. Ferrein a insisté sur ce phénomène fréquent dans les fièvres assodes, comme appartenant presque exclusivement aux symptômes réactionnels des maladies saburrhales [1]. C'est surtout le soir et dans la nuit que surviennent ces paroxysmes fébriles, comme fugaces, qui se renouvellent souvent pendant plusieurs jours, avant d'atteindre un degré assez intense pour persister plusieurs heures et se caractériser par des phénomènes bien évidents.

La fièvre une fois développée se fait surtout remarquer par la vivacité de la chaleur qu'elle provoque à la peau; la fréquence du pouls est ordinairement alors assez modérée, mais le pouls est toujours large, mou, facilement dépressible, même lorsqu'il est intermittent; quelquefois, comme l'avait déjà remarqué Galien, en attribuant ce phénomène à l'influence de l'état saburrhal des premières voies, le pouls devient faible et déprimé, au point de se percevoir difficilement [2]. La céphalalgie, les phénomènes dyspepsi-

[1] *Hist. de l'Acad.* 1766, p. 64.

[2] *Meth. med.*, lib. XII, cap. III.

ques, augmentent le plus souvent d'intensité avec l'invasion et pendant le cours des accidents fébriles.

Les différences des diverses fièvres assodes se trouvent dans les différences des symptômes réactionnels.

1837. C'est la marche des symptômes fébriles qui détermine la forme particulière de la maladie pour les fièvres assodes les plus communes, qui sont éphémères ou rémittentes. Dans ce dernier cas, la forme paroxystique, principalement caractérisée par des accès qui offrent trois stades successifs de frisson, chaleur et sueur, est la circonstance la plus tranchée de la maladie (1749). La marche continue, pendant laquelle la fièvre présente bien des exacerbations et des rémissions, mais qu'on peut appeler progressives, parce qu'elles ne sont point nettement marquées par des symptômes de frisson, est la forme la plus rare des phénomènes pyrétiques; c'est aussi celle dans laquelle la maladie a les plus graves symptômes. La forme chronique des accidents pyrétiques se montre sous des formes qu'on pourrait appeler mixtes, qui participent des fièvres dyspepsiques rémittentes et continues. Quant aux fièvres assodes ataxiques, l'état pyrétique qui leur appartient est le plus souvent rémittent et toujours intense; il doit sa forme à des épiphénomènes nerveux et cérébraux violents, qui impriment à la maladie une forme tout à fait anomale (1831). Ces accidents nerveux ne sont, après tout, que des phénomènes de la réaction exprimée par le système nerveux avec un excès d'intensité.

Des épiphénomènes qui proviennent de l'intensité extrême des accidents réactionnels.

1838. L'intensité des accidents réactionnels peut être portée à un tel degré qu'elle fasse naître des épiphénomènes graves. On l'observe surtout dans les fièvres dyspepsiques rémittentes et continues intenses, et principalement dans les fièvres assodes ataxiques.

Pour les phénomènes réactionnels qui appartiennent au trouble de l'appareil circulatoire, la violence de la fièvre se montre surtout par la grande fréquence du pouls et la chaleur ardente de la peau. L'accélération de la circulation capillaire est si grande dans ces cas, que toutes les sécrétions se

suspendent; c'est de là que provient la sécheresse de la bouche et de la peau, et la suppression d'urines qui se montrent au plus haut degré d'intensité de la maladie. Quant aux symptômes réactionnels nerveux, ils atteignent le degré d'épiphénomènes, quand la violence des spasmes, l'intensité du délire, sont portées au point d'épuiser les forces du malade par l'activité anomale, l'agitation excessive, qu'ils impriment à tout l'organisme. Il faut rapporter au même ordre de phénomènes insolites la production de douleurs comme névralgiques lancinantes, dilacérantes, que les malades éprouvent souvent au milieu des symptômes nerveux qui marquent la violence de l'état fébrile.

Distinction générale des symptômes dyscrasiques dans les fièvres assodes.

1839. Les symptômes dyscrasiques, communs à toutes les formes des fièvres assodes, se rapportent aux différents changements qui se produisent dans la coloration des téguments, dans un état d'adynamie porté plus ou moins loin, et enfin dans les différentes modifications de la nutrition et de la vitalité des tissus.

De l'ictère dans les fièvres assodes.

1840. Dans un grand nombre de dyspepsies intenses, et chez presque tous les malades affectés de fièvre dyspepsique, lorsque la maladie a les caractères de la fièvre gastrique bilieuse des auteurs, la peau de la face autour de la commissure des lèvres et des yeux, prend une teinte jaune pâle, d'autant plus prononcée qu'elle tranche sur la couleur rouge plaquée des régions malaires. Le plus souvent cette teinte ictérique se trouve en même temps aux conjonctives; au plus léger degré elle ne se reconnaît que sur les limites de la sclérotique, près de la base des replis palpébraux; si elle est plus prononcée, comme il arrive très souvent, elle occupe toute la surface de la sclérotique, qui prend une teinte jaune terne. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels de fièvres dyspepsiques et souvent dans des fièvres dyspepsiques compliquées, que l'ictère consiste en une couleur jaune foncée de toute la surface de la sclérotique.

La teinte ictérique n'est pas le plus souvent limitée à la face et aux conjonctives; elle s'étend bientôt à toute la surface des téguments; toujours elle y présente cette particularité d'offrir une nuance jaune pâle; la couleur jaune-safran sur la peau comme aux conjonctives appartient aux formes les plus rares des fièvres assodes intenses et spécialement à celles qui sont compliquées d'hépatite ou de catarrhe gastro-intestinal évident (1848).

L'ictère, dans les fièvres dyspepsiques, correspond habituellement avec une augmentation incontestable d'activité de la sécrétion hépatique, évidente par les vomissements et les selles bilieuses; les urines sont en même temps rouges-safranées, diaphanes, ou laissant déposer un sédiment rougeâtre briqueté. Le mucus sécrété par les muqueuses nasales, le sperme rejeté dans les pollutions, le pus provenant d'exutoires ou de plaies accidentelles, quelquefois même le liquide de la sueur, ont une teinte jaune. C'est surtout dans les fièvres assodes rémittentes, que la teinte ictérique générale et tous les autres symptômes d'ictère, que nous venons d'indiquer, se remarquent le plus fréquemment (1776).

De la fièvre veineuse et hépatique de Richter.

1841. Quelques fièvres dyspepsiques intenses et continues, doivent au rapport des accidents pyrétiques avec les autres phénomènes morbides une forme particulière, sur laquelle Richter a insisté, et qu'il désignait sous le nom de fièvre veineuse et hépatique [1]. Dans cette forme de fièvre, les symptômes pyrétiques sont dominants, et les phénomènes d'embarras des premières voies ne se montrent pas au début de la maladie. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours de durée de l'état fébrile, quelquefois même après quatre à cinq jours, que des symptômes immédiats de diacrise gastro-intestinale se prononcent, au moins à un certain degré. Le plus souvent, quand la fièvre dyspepsique débute de cette manière, l'intensité et la continuité de

[1] *Specielle Therapie.*, vol. 1, p. 29.

l'état fébrile, la vivacité des douleurs cardialgiques, de la soif et des nausées, la rougeur et la sécheresse de la gorge et de la langue, indiquent l'existence d'un état de turgescence gastro-intestinale voisine de l'état de phlegmasie. A mesure que tous ces symptômes d'irritation extrême diminuent, la fièvre se rapproche de plus en plus de la forme rémittente, surtout lorsque les symptômes dyspepsiques vont se manifester; une fois ce moment arrivé, ces derniers symptômes se dessinent de jour en jour davantage.

Aspect et marche spéciale des fièvres dyspepsiques pituiteuses.

1842. Les fièvres dyspepsiques auxquelles les médecins ont spécialement donné la qualification de pituiteuses, ont toujours un aspect particulier, quelle que soit d'ailleurs leur marche éphémère, rémittente (1756) ou continue (1802). La couche saburrhale de la langue est d'un blanc pâle, les malades ont une saveur pâteuse à la bouche et non amère; la soif est moins vive, la face se décolore et devient comme blafarde et plombée; les yeux s'excavent, un cercle violâtre les entoure; les symptômes pyrétiques sont moins tumultueux que dans les autres fièvres dyspepsiques, ils sont quelquefois si faibles qu'ils sont presque nuls. Lorsque des excrétions diarrhéiques ou des vomissements se manifestent, les matières rejetées sont ordinairement muqueuses, les selles sont fétides, et souvent aussi formées par des matières liquides, dans lesquelles se trouvent des restes d'aliments non altérés. Les urines sont habituellement aqueuses, assez abondantes, peu colorées; elles laissent quelquefois déposer un sédiment muqueux, d'un aspect comme pulvérulent, grisâtre ou rosé. Très souvent les malades ont des sueurs abondantes, aqueuses et comme colliquatives, les plaies aiguës ou chroniques dont les malades sont affectés, deviennent le siége d'une suppuration très abondante, les extrémités s'œdématient.

Les fièvres dyspepsiques pituiteuses ont rarement une marche rémittente bien caractérisée, elles sont le plus communément continues; ce sont aussi celles des fièvres

dyspepsiques qui deviennent le plus souvent chroniques. Il n'est pas très rare de voir des fièvres dyspepsiques qui ont présenté au début des symptômes pyrétiques intenses et violents, prendre dans leur période décroissante la forme de fièvre dyspepsique pituiteuse, et se terminer enfin en passant à l'état chronique, après que dans toute la première période de la maladie, les symptômes dyspepsiques ont eu tous les caractères, et la marche rémittente des accidents dyspepsiques bilieux.

De l'adynamie dans les fièvres assodes.

1843. Dans toutes les dyspepsies, même non fébriles, mais spécialement dans les fièvres dyspepsiques, les forces sont toujours brisées à un haut degré; l'action des muscles est lente, incomplète, affaiblie, douloureuse. Le malade est accablé et répugne à se livrer à tous les exercices musculaires. Cet état d'adynamie se fait même voir par les contractions du cœur qui deviennent molles, faibles, quoique rendues plus fréquentes par la fièvre. Il se remarque à la lenteur avec laquelle les malades se livrent aux mouvements nécessités par les besoins qu'ils éprouvent, à la torpeur dans laquelle ils sont, à la lenteur de leurs réponses, à la difficulté avec laquelle ils conçoivent les idées qu'on émet devant eux et avec laquelle ils forment et expriment leurs propres idées. Tous ces symptômes montrent que l'adynamie n'est pas seulement alors la lenteur des mouvements musculaires, mais le ralentissement et la faiblesse de toutes les fonctions à la fois, et surtout des fonctions de relation. Cette adynamie est proportionnée à l'intensité de la maladie; elle est en général d'autant plus marquée que les autres symptômes dyscrasiques sont plus prononcés; elle survient plus rapidement, et devient plus profonde en général dans les fièvres dyspepsiques continues que dans celles qui sont rémittentes; elle est extrême dans les fièvres dyspepsiques ataxiques; elle persiste toujours, pendant un certain temps dans la convalescence, après la terminaison des fièvres dyspepsiques.

De l'amaigrissement des malades dans les fièvres assodes.

1844. L'amaigrissement arrive d'ordinaire très promptement dans les fièvres dyspepsiques; il est toujours rapide dans les fièvres assodes ataxiques, même très courtes; il devient considérable, mais ne s'établit qu'avec une certaine lenteur dans les fièvres assodes chroniques.

Des douleurs symptômatiques des fièvres assodes.

1845. Il n'est pas de fièvre dyspepsique et même de dyspepsie simple d'une certaine gravité, dans lesquelles les malades n'éprouvent des douleurs plus ou moins vives dans les membres, ou dans les masses musculaires du tronc. Ces douleurs se manifestèrent comme épiphénomène habituel dans la fièvre pituiteuse de l'été de 1777, décrite par Stoll; elles affectaient surtout les bras, les masses musculaires des cuisses, quelquefois les lombes, ou l'un ou l'autre côté de la face [1].

Ces douleurs n'occupent d'habitude qu'une seule partie; dans quelques cas cependant elles se montrent à la fois sur plusieurs points; elles sont vagues et erratiques, occupant tantôt un point et tantôt un autre; souvent elles reviennent pendant la nuit et se calment le matin; elles ressemblent alors tout à fait, lorsqu'elles ont surtout leur siége sur les articulations, à des douleurs de rhumatisme aigu, d'autant plus qu'elles gênent les mouvements comme ces dernières. Le plus souvent ces douleurs donnent aux malades le sentiment d'une extrême fatigue ou de contusions qu'ils auraient reçues sur ces parties. Il n'est rien de plus commun que de voir ces douleurs acquérir dans ces maladies une intensité qui leur donne l'acuité des douleurs rhumatismales et les convertit en de véritables épiphénomènes. Ces douleurs, insolites par leur intensité, sont le plus souvent fixes, de manière à constituer des pleurodynies, des douleurs lombaires, des points douloureux fixes sur quelques parties de la poitrine, du ventre, des membres, sur quelque articulation. Ces douleurs sont exaspé-

[1] *Rat. med.*, p. II. Eph. ann. 1777; cap. x, ægrot. XVIII.

rées par les mouvements des malades; elles sont le plus souvent augmentées par les pressions exercées par le médecin; elles existent toujours sans tuméfaction apparente, sans rougeur et sans chaleur anomale aux téguments.

1846. Les douleurs épiphénoméniques des maladies dyspepsiques se montrent avec d'autant plus d'intensité que la maladie est plus grave. Dans les fièvres dyspepsiques éphémères, elles sont peu intenses et ordinairement circonscrites à une partie peu étendue; elles se comportent habituellement de même dans les fièvres dyspepsiques rémittentes. C'est dans les fièvres dyspepsiques continues et surtout dans celles qui ont des complications inflammatoires graves, que ces douleurs se montrent avec le plus d'intensité; elles occupent alors fréquemment plusieurs parties en même temps, ou se déplacent d'une partie sur une autre. Dans les fièvres dyspepsiques ataxiques, ces douleurs sont souvent, par leur extrême violence, le symptôme ataxique dominant.

Les douleurs épiphénoméniques ne paraissent habituellement, au moins avec toute leur intensité, que dans la période d'état des fièvres assodes; elles disparaissent ordinairement en peu de jours; elles sont le premier phénomène qui indique le décroissement de la maladie, soit spontané, soit obtenu par l'art. La rapidité de leur disparition, leur caractère ordinairement fixe, l'absence de toute tuméfaction locale, de toute chaleur insolite, leur connexion évidente avec la maladie dyspepsique, et leur subordination à l'état morbide constitutif de cette maladie, distinguent suffisamment ces symptômes de la maladie, arrivés jusqu'au degré de l'épiphénomène, des affections rhumatismales aiguës et chroniques.

Des modifications que les fièvres assodes doivent à la présence des épiphénomènes.

1847. Aux symptômes que nous venons d'attribuer à toutes les fièvres dyspepsiques, se joignent souvent des épiphénomènes quelquefois très graves, qui impriment à la maladie une forme particulière. Ces épiphénomènes devraient

s'appeler des complications s'ils provenaient de causes étrangères aux conditions morbides essentielles qui constituent les fièvres dyspepsiques. Ils se rattachent à des lésions d'organes qui, toutes secondaires qu'elles soient, ne deviennent pas moins, dans une multitude de cas particuliers, les lésions les plus graves de la maladie; nous voulons parler des symptômes qui proviennent des phlegmasies qui arrivent dès le début et pendant le cours des fièvres dyspepsiques. Ces symptômes se rapportent aux phlegmasies gastro-intestinales, hépatiques, bucco-pharyngiennes; aux inflammations de la peau et du tissu cellulaire extérieur, ou des poumons, ou à des hémorrhagies ou des diacrises qui surviennent par différentes voies.

Des symptômes inflammatoires gastro-intestinaux dans les fièvres assodes.

1848. Les symptômes inflammatoires qui se rapportent au catarrhe gastro-intestinal, se manifestent dans les fièvres dyspepsiques quelquefois dès leur début; mais le plus souvent ce n'est qu'après un certain nombre de jours de leur durée. F. Hoffmann a insisté sur cette remarque, dont les observations cliniques démontrent l'exactitude; il a fixé, aux environs du septième jour, le moment auquel les fièvres ardentes se terminent quelquefois d'une manière funeste, ou se compliquent de l'inflammation de l'estomac, du duodénum et des parties auxquelles se rendent les canaux biliaires [1].

Les accidents de phlegmasie gastro-intestinale qui se manifestent ainsi pendant le cours des fièvres assodes, sont toujours très modérés dans les fièvres dyspepsiques éphémères, plus prononcés dans les fièvres rémittentes dyspepsiques, et presque toujours intenses dans les fièvres assodes continues, et surtout ataxiques; ils ont rarement beaucoup d'importance dans les fièvres dyspepsiques chroniques. Ces accidents inflammatoires sont les plus communs des épiphénomènes graves des fièvres dyspepsiques. Il est

[1] *Med. ratio. syst.*, op. om., t. IV, p. I, sect. II, cap. II, *De feb. ardent.*, § III.

même peu de ces fièvres, quand elles sont intenses et surtout quand elles ont la forme continue, dans lesquelles ces phlegmasies n'existent au moins à un certain degré. Nous ne sommes point étonné qu'exagérant leur importance et méconnaissant les lésions morbides diacritiques qui les précèdent toujours, et auxquelles elles ne font que venir s'ajouter, des médecins aient considéré ces phlegmasies comme constituant essentiellement ces maladies fébriles.

De la forme des fièvres assodes auxquelles convient la dénomination de *causus* ou de *fièvres ardentes*; symptômes de ces fièvres.

1849. Quand les phlegmasies gastro-intestinales se joignent à un haut degré aux fièvres assodes, elles les convertissent en cette forme de fièvre continue que les auteurs ont appelée *causus* et surtout fièvres ardentes (1784). Dans ces fièvres les symptômes dominants sont une injection prononcée de la muqueuse buccale et gingivale, s'étendant jusqu'aux lèvres, et à la langue surtout, à ses bords et à son extrémité; une soif vive, de l'ardeur à la gorge et de la sécheresse de la bouche, appréciées par le malade, et la dessiccation de la muqueuse linguale, appréciée par le médecin; les nausées, les vomissements fréquents, survenant quelquefois à chaque ingestion de boisson; de vives douleurs épigastriques, comme ardentes et constrictives, spontanées, ou provoquées par la pression; la tension et la dureté extrême du ventre, surtout à l'ombilic et vers les flancs; la suppression d'urine, ou les urines peu abondantes safranées; joignez à ces symptômes l'intensité de la fièvre, qui se rapproche de plus en plus de la marche continue; l'anxiété du malade, son agitation, etc. Quand de tels symptômes se manifestent pendant le cours de la fièvre dyspepsique, la maladie est devenue inflammatoire, et si l'intensité des symptômes arrive jusqu'au degré que nous venons d'indiquer, les symptômes dyspepsiques sont en réalité couverts par les symptômes inflammatoires; leur empreinte ne reste plus évidente que par la marche rémittente des accidents jusqu'à un certain point conservée (1791).

Dans les cas heureux, les symptômes inflammatoires gastro-intestinaux diminuent progressivement après quelques jours de durée; il est rare qu'ils persistent pendant plus de six à huit jours; à mesure qu'ils déclinent, tous les symptômes dyspepsiques proprement dits se montrent encore plus prononcés qu'ils ne l'étaient avant l'invasion des épiphénomènes inflammatoires; les accidents fébriles perdent de leur violence, et se rapprochent, pour leur marche, de la forme rémittente et même intermittente.

Des accidents dysentériques dans les fièvres associées.

1850. Les accidents inflammatoires intestinaux ont souvent dans les fièvres dyspepsiques la forme dysentérique. Dans ces cas, les symptômes dyspepsiques sont très prononcés, les accidents fébriles sont le plus souvent rémittents, et quelquefois cependant continus; mais les exacerbations quotidiennes, même dans ce dernier cas, semblent plus prononcées que dans les autres formes de fièvres dyspepsiques continues.

Les symptômes dysentériques sont les douleurs évidentes et les douleurs à la pression autour de l'ombilic, surtout dans le moment des déjections ou quelques instants auparavant; des besoins fréquents de défécation accompagnés d'épreintes, d'efforts, et ne déterminant l'expulsion que d'une petite quantité de mucus teint de sang, souvent coloré par de la bile jaune verdâtre.

Tous ces accidents ont une intensité proportionnée à celle de la fièvre dyspepsique; ils augmentent toujours dans les paroxysmes, quand la fièvre est rémittente, pour diminuer ou même se suspendre complètement dans les intervalles des paroxysmes. Les accidents dysentériques, par les vives douleurs qu'ils provoquent, et par les efforts de défécation souvent répétés qu'ils occasionnent, par l'anxiété et l'angoisse qu'ils déterminent, exténuent promptement les malades.

La manifestation des accidents dysentériques arrive rarement au début des fièvres dyspepsiques, ce n'est or-

dinairement qu'après plusieurs paroxysmes fébriles qu'elle se montre. Nous avons deux observations sur des fièvres dyspepsiques, l'une éphémère et l'autre rémittente, dans lesquelles les symptômes dysentériques survinrent à la fin de la maladie, lorsque la diminution de tous les accidents semblait déterminée par une diarrhée qui durait depuis deux jours, et qui se convertit en dysenterie.

Des symptômes de la phlegmasie hépatique comme épiphénomènes des fièvres assodes.

1851. L'inflammation hépatique est un épiphénomène des plus graves des fièvres assodes; elle s'observe surtout dans les fièvres rémittentes gastriques des contrées tropicales, elle ajoute alors aux phénomènes extérieurs de la maladie les symptômes suivants : la teinte ictérique de la peau se prononce au plus haut degré, et prend une nuance safranée; les hypochondres, et surtout l'hypochondre droit et la région épigastrique, deviennent le siége d'une douleur gravative continue, qui s'étend à la partie postérieure du tronc, et remonte jusqu'aux épaules; la pression sur l'épigastre et sur les fausses côtes exaspère cette douleur, et permet le plus souvent de reconnaître le bord inférieur du foie descendant à deux ou trois travers de doigt au dessous du bord de l'hypochondre droit; dans quelques cas, la tuméfaction du foie est même portée au point que sa convexité remonte vers le thorax en soulevant le diaphragme jusqu'au dessus du niveau d'une ligne passant par l'extrémité inférieure du sternum, qui marque la position qu'occupe dans l'état normal le point le plus élevé de la couvexité du foie. On apprécie ces derniers rapports de position par la percussion thoracique.

Pendant que ces symptômes locaux indiquent qu'une affection hépatique s'est jointe aux autres lésions morbides, des phénomènes généraux intenses, montrent que la maladie exerce sur l'organisme une action plus puissante que celle des fièvres assodes simples. Les paroxysmes fébriles sont plus prolongés, les rémissions s'effacent, la maladie tend à la continuité. Les symptômes réactionnels

deviennent des plus intenses; la fréquence du pouls est très grande, la chaleur et la sécheresse de la peau sont des plus vives, l'anxiété et l'accablement sont extrêmes; la langue est rouge et sèche, l'haleine brûlante, les urines sont rouges safranées, âcres et en petite quantité, et dans la plupart des cas les selles sont liquides sans être pour cela d'une extrême abondance; les vomissements de matière muqueuse et le plus souvent de bile porracée, âcre, ou au moins des nausées, tourmentent les malades que dévore une soif ardente. La céphalalgie très vive, et fréquemment le délire, souvent avec des accidents spasmodiques, montrent que l'influence que la maladie exerce sur l'organisme est principalement ressentie par le système nerveux (1824 *et sqq.*).

Des phénomènes qui résultent de la présence des phlegmasies abdominales secondaires dans les fièvres assodes.

1852. Dans les cas d'extrême intensité des complications des fièvres assodes avec les phlegmasies hépatiques et même avec les phlegmasies gastro-intestinales et intestinales, les phénomènes dominants sont, comme on le voit, les symptômes inflammatoires; les phénomènes dyspepsiques proprement dits, sont peu évidents, ils ne se reconnaissent plus guère qu'à la marche paroxystique des symptômes fébriles qui persiste encore dans beaucoup de cas, et par la comparaison des accidents initiaux de la maladie évidemment dyspepsiques, avec les symptômes inflammatoires d'invasion et d'accroissement des phlegmasies abdominales.

Lorsque la terminaison funeste n'arrive pas, dès que la maladie commence à décroître, les symptômes dyspepsiques reparaissent et deviennent de jour en jour plus marqués; car les fièvres assodes, pendant lesquelles surviennent des phlegmasies abdominales, durent plus longtemps que ces phlegmasies, et dans tous les cas, les accidents diacritiques abdominaux proprement dits, se retrouvent à leur déclin et sont les derniers phénomènes morbides, comme ils ont été les phénomènes initiaux de la maladie.

La maladie assode, ainsi compliquée d'une inflammation, se termine souvent d'une manière funeste. Cette terminaison arrive d'autant plus facilement, que le malade a à supporter toute l'influence grave de sa fièvre compliquée, se trouvant dans les conditions défavorables d'un homme déjà affaibli par les accidents antécédents de la dyspepsie nidoreuse qui a commencé la maladie, et a précédé pendant un temps plus ou moins long la complication par la phlegmasie abdominale, qui arrive toujours secondairement.

Des phlegmasies de la muqueuse bucco-pharyngienne épiphénoméniques des fièvres assodes.

1853. Les épiphénomènes inflammatoires qui se manifestent vers la muqueuse bucco-pharyngienne, pendant le cours des fièvres dyspepsiques, sont toujours faciles à apprécier par les signes de l'inflammation qui se reconnaissent directement sur l'organe malade; ils ne modifient pas en général la marche et l'aspect extérieur des accidents de la maladie principale. Ces phlegmasies se manifestent à toutes les périodes des maladies assodes et dans toutes leurs formes. Si elles se montrent dans des cas de fièvre dyspepsique éphémère, dans lesquel leurs symptômes immédiats sont les phénomènes morbides les plus tranchés, elles constituent ces phlegmasies remarquables par les symptômes de dyspepsie nidoseuse qui les ont précédées et qui les accompagnent, que les auteurs ont décrites sous le nom d'angines, de stomatites, gastriques ou bilieuses. Lorsque ces phlegmasies surviennent pendant le cours de la fièvre rémittente dyspepsique, on les considère comme des complications, ou bien on les envisage comme des accidents véritablement critiques, parce qu'elles se manifestent à la période décroissante de la fièvre assode, constituant alors avec quelques symptômes dyspepsiques les derniers phénomènes de la maladie. Dans quelques circonstances, le développement de ces phlegmasies locales dans le cours de la fièvre assode, est suivi d'une manière si immédiate de la cessation des accidents fébriles, qu'il

n'est pas possible qu'il n'existe pas une connexion entre ces circonstances morbides.

1854. Les phlegmasies de la muqueuse bucco-pharyngienne sont très fréquentes dans les fièvres dyspepsiques continues; elles se manifestent ordinairement dès le commencement de la maladie pendant sa période d'accroissement. Elles échappent à l'attention des médecins inattentifs dans le plus haut degré d'intensité de ces fièvres, parce que les malades étant en proie à toute l'ardeur fébrile, et accablés par la violence des symptômes pyrétiques, la sécheresse de la bouche, l'ardeur que les malades y ressentent et qui s'étend à la gorge, l'injection des lèvres et des gencives, font négliger l'examen attentif de la muqueuse bucco-pharyngienne, sur laquelle on aurait reconnu les aphthes, les rougeurs et le gonflement inflammatoire qui caractérisent les phlegmasies.

1855. Dans les fièvres assodes chroniques, les phlegmasies bucco-pharyngiennes sont aussi très communes; elles se manifestent comme des phénomènes fugaces ou qui reviennent à des intervalles irréguliers, et dans un grand nombre de cas ces phlegmasies se produisent et cessent ainsi plusieurs fois pendant le cours de la maladie.

Formes des phlegmasies bucco-pharyngiennes symptomatiques de fièvres assodes.

1856. Les phlegmasies bucco-pharyngiennes qui surviennent pendant le cours des fièvres dyspepsiques, ont plusieurs formes. Les plus rares sont les angines tonsillaires; les plus communes sont les érythèmes de la muqueuse bucco-pharyngienne, avec phlegmasie plus prononcée de quelques cryptes mucipares, et par suite soulèvement de l'épithélium, sous la forme de petites vésicules qui se rompent et laissent des érosions d'un blanc grisâtre à leur centre, à bords rouges nettement arrêtés : ces points de phlogose n'occupent quelquefois que successivement les différentes parties de la bouche; ils sont le siége d'une douleur cuisante des plus aiguës au contact des corps étrangers, ou

même par le glissement des points opposés de la muqueuse l'un sur l'autre. Cette dernière forme est la plus habituelle dans les fièvres assodes chroniques et dans les fièvres dyspepsiques rémittentes, tandis que dans les fièvres dyspepsiques continues la membrane muqueuse bucco-pharyngienne est plus souvent enflammée dans toute son étendue d'une manière égale, sans érosions, ne présentant ainsi qu'un gonflement avec vive rougeur de la muqueuse. Dans quelques cas l'inflammation se concentre sur certaines parties de la bouche; ainsi, dans l'épidémie de Gœttingue, c'était la muqueuse gingivale qui était plus spécialement enflammée. La phlegmasie bucco-pharyngienne qui se montre ainsi comme symptôme des fièvres dyspepsiques, est souvent jointe à une abondante salivation, dont elle est d'ailleurs la cause déterminante par l'influence exercée sur les glandes salivaires par la phlegmasie, ou seulement par l'irritabilité augmentée de la surface sur laquelle elles versent leurs produits.

1857. Les phlegmasies aphtheuses de la muqueuse buccale, sont surtout fréquentes dans les fièvres dyspepsiques, comme semi-chroniques, que les auteurs ont désignées sous la dénomination de fièvres pituiteuses. Elles surviennent fréquemment dès le début de ces maladies, mais le plus souvent à leur plus haut degré d'intensité. Dans quelques cas ces phlegmasies aphtheuses paraissent et disparaissent plusieurs fois pendant le cours de la maladie [1]. C'est surtout dans les fièvres dyspepsiques chroniques que cette répétition des phlegmasies buccales s'observe. Stoll compare avec raison la production de ces aphthes avec la manifestation des pustules suppurantes à la peau, qui ne sont pas moins fréquentes dans ces maladies [2]. Les unes comme les autres sont des épiphénomènes de la maladie qui paraissent très fréquemment et souvent en même temps

[1] P. Frank, *Epit. de curand. hom. morb.*, t. I, § 101.
[2] *Rat. med.* t. II. Ephe. ann. 1777, cap. X, ægrot. XVIII.

pendant son cours, soit à sa période d'état, soit, et cela est le plus fréquent, à son déclin.

De la surdité consécutive à l'extension de la phlegmasie de la muqueuse pharyngienne.

1858. La phlegmasie de la muqueuse pharyngienne survenant comme épiphénomène des fièvres assodes intenses s'étend quelquefois à la muqueuse des trompes d'Eustachy. Il en résulte une surdité plus ou moins grande, suivant que les trompes sont obstruées à un degré plus ou moins prononcé. Cette surdité, que beaucoup de médecins rapportent à tort à une affection du système nerveux dans les fièvres graves qui nous occupent, se manifeste plus souvent dans les fièvres assodes continues que dans les autres; elle survient habituellement au plus haut degré de la maladie, ou bien à sa période décroissante. Dans ce dernier cas, elle coïncide habituellement avec la stomatite aphtheuse. Il arrive cependant quelquefois que la surdité se manifeste sans qu'on observe d'autres phénomènes de phlogose de la muqueuse pharyngienne : les malades se plaignent tout au plus d'un sentiment de chaleur et d'ardeur au fond de la gorge. Cet accident coïncide fréquemment avec une sécheresse des fosses nasales, rendue manifeste par l'aspect comme pulvérulent des narines, la coagulation de mucus brunâtre à leur orifice, un sentiment de chaleur et d'ardeur profond dans le nez. Souvent, dans ces cas, les malades ont des épistaxis peu abondantes, ou bien expectorent des matières muqueuses jaunâtres, mêlées de sang brun. La congestion inflammatoire de la membrane muqueuse pharyngienne et nasale devient alors la cause immédiate d'une hémorrhagie secondaire.

De l'aphonie suite du catarrhe laryngien dans les fièvres assodes.

1859. Nous avons vu souvent, dans des cas graves de fièvres assodes continues où la phlogose de la muqueuse bucco-pharyngienne était évidente, la voix devenir rauque et presque éteinte; nous avons même vu l'aphonie arriver jusqu'à être complète. La phlogose avait alors évidemment envahi la glotte, ou au moins une corde vocale. Les malades ont ordinairement, dans ces cas, une expectoration mu-

queuse accompagnée d'une toux superficielle peu fréquente; la membrane muqueuse de l'isthme du gosier est rouge et comme boursoufflée, le larynx est quelquefois douloureux à la pression. Cette aphonie ne se prolonge guère plus de six à huit jours. Nous l'avons observée au plus haut degré de la fièvre dyspepsique continue, comme pendant sa période décroissante.

Des ophthalmies dans les fièvres assodes.

1860. La muqueuse oculo-palpébrale peut être le siége de phlegmasies épiphénoméniques pendant le cours des fièvres assodes; toutefois, dans la plupart des cas, les ophthalmies qui surviennent dans ces circonstances ne peuvent pas toujours se rapporter à la maladie dyspepsique, et sont ainsi plutôt des complications que des épiphénomènes. Il importe néanmoins de tenir alors compte de la maladie dyspepsique, car la phlegmasie oculaire, quoique produite par des causes accessoires, se place sous son influence et se comporte ensuite comme un phénomène secondaire par rapport à elle.

De la phlogose de la muqueuse vésicale et de la strangurie dans les fièvres assodes.

1861. La muqueuse vésicale devient quelquefois, pendant le cours des fièvres assodes, le siége d'une phlogose qui détermine des envies d'uriner fréquentes, avec chaleur et cuissons au col de la vessie. Ce symptôme coïncide fréquemment avec le plus haut degré d'intensité de l'état fébrile, et correspond à des excrétions d'urines rouges, ardentes, souvent troubles, ou au moins laissant déposer un sédiment d'un jaune grisâtre ou rougeâtre.

Les douleurs de strangurie ont été observées à presque tous les degrés des maladies dyspepsiques : nous les avons vues dans des dyspepsies nidoreuses simples, mais elles sont surtout fréquentes dans les fièvres assodes; elles se reproduisent au plus haut degré des paroxysmes dans les fièvres rémittentes. Schimdtmann a rapporté une observation sur une dyspepsie passant déjà à l'état chronique, et à laquelle s'était joint cet épiphénomène[1].

[1] *Summa. obs. med.*, vol. III,, cap. XI, p. 381.

Ces douleurs vésicales cessent le plus ordinairement dès que la maladie diminue, ou au plus un ou deux jours après la fin de l'état fébrile. Elles sont même, dans la plupart des cas, le premier accident qui cesse dès que la période décroissante s'annonce.

La phlogose vésicale, dans les fièvres assodes, n'est pas toujours aussi peu intense : il arrive dans quelques cas qu'au plus haut degré de la fièvre, soit éphémère, soit rémittente ou continue, il se manifeste une véritable strangurie avec des douleurs vives au col de la vessie et sur le trajet du canal de l'urèthre. Les urines excrétées sont d'abord brûlantes, rendues en petite quantité et avec douleurs vives; les besoins de la miction deviennent de plus en plus fréquents, et enfin elle devient impossible. L'urine s'accumule alors dans la vessie, et le malade est pris de douleurs hypogastriques gravatives, dilacérantes, augmentées par la pression : la nécessité d'introduire le cathéter se montre alors par la distension du réservoir de l'urine; les vives douleurs que le contact de l'instrument avec la muqueuse vésicale occasionne, le mucus que les urines entraînent avec elles, l'aspect brunâtre et l'odeur ammoniacale des urines, viennent se joindre aux autres symptômes pour montrer qu'en réalité la muqueuse vésicale s'est enflammée. Cet épiphénomène a été le plus souvent décrit par les auteurs sous le nom de rétention des urines; on le trouve indiqué dans un grand nombre d'observations qu'ils ont recueillies.

De la suppression d'urine dans les fièvres assodes.

1862. La suppression d'urines est un accident qui s'observe assez souvent dans les fièvres assodes continues : alors la vessie n'est plus distendue par le produit de la sécrétion des reins réduit à une quantité presque nulle. Dans ces cas, l'urine apportée en très petite quantité dans la vessie est brune-rougeâtre, entraînant avec elle une grande quantité de mucus et par fois quelques caillots de sang; l'introduction de la sonde rencontre une vessie rétractée,

très douloureuse, souvent rendue friable par l'inflammation, et ainsi exposée à être lésée facilement par le bec du cathéter.

Cet épiphénomène est l'un des plus graves qui survienne dans les fièvres dyspepsiques : il appartient plus spécialement à celles de ces fièvres qui sont continues et ataxiques; la terminaison funeste est bien fréquente quand il existe; si elle n'arrive pas, la sécrétion des urines se rétablit, mais leur excrétion reste suspendue quelquefois jusqu'à la convalescence confirmée; seulement le ténesme vésical diminue de jour en jour, et la sensibilité exagérée de la muqueuse vésicale se calme en même temps.

Des phlegmasies externes épiphénoméniques et critiques des fièvres assodes.

1863. Pendant le cours et vers le déclin des fièvres assodes, surtout lorsque la maladie cesse avec lenteur, laissant subsister après elle un état de dyspepsie nidoreuse interposé en quelque sorte entre la fièvre dispepsique et la convalescence décidée, on voit souvent se manifester des phlegmasies extérieures qui sont à la fois des épiphénomènes et de véritables crises de la fièvre dyspepsique. Ces phlegmasies sont des érythèmes cutanés plus ou moins fugaces; des furoncles, tantôt disséminés, tantôt agglomérés sous la forme d'anthrax; des pustules coniques ou déprimées suppurantes; des éruptions bulleuses ou vésiculeuses; des papules prurigineuses, lichénoïdes, etc. Ces phlegmasies cutanées se montrent plus souvent dans certaines constitutions épidémiques : leur manifestation sur le plus grand nombre des sujets assez nombreux affectés en même temps de fièvres dyspepsiques, montre évidemment qu'elles se lient alors comme effet aux conditions essentielles qui constituent la maladie dyspepsique, d'autant plus qu'on les voit également survenir dans ces cas chez des malades qui n'ont que des dyspepsies nidoreuses simples, et qu'elles sont même en général d'autant plus prononcées après les fièvres assodes éphémères,

que l'état saburrhal a précédé la fièvre pendant plus longtemps et à un plus haut degré.

C'est surtout pendant le cours des fièvres assodes chroniques que ces accidents surviennent ; ils paraissent et disparaissent fréquemment plusieurs fois pendant la maladie, tandis que pour les fièvres rémittentes, et surtout pour les fièvres dyspepsiques continues, c'est le plus ordinairement au déclin ou même à la terminaison de la maladie qu'ils se montrent. Dans tous les cas, ces phlegmasies extérieures ne changent rien aux symptômes des fièvres dyspepsiques qui restent les mêmes pendant leur durée, seulement celles de ces phlegmasies qui ont assez d'intensité pour déterminer des symptômes réactionnels, ajoutent à l'intensité des accidents fébriles.

De l'*herpes labialis* considérée comme symptôme des fièvres dyspepsiques.

1864. Les fièvres dyspepsiques sont souvent suivies d'une phlegmasie cutanée phlicténoïde, que les auteurs ont appelée ***herpes labialis.*** Cette phlegmasie a son siège sur les limites de la peau et des membranes muqueuses autour de la bouche, des narines, de la vulve, de l'anus ; c'est surtout autour de la bouche qu'elle paraît le plus souvent. Elle est fréquente au déclin des fièvres dyspepsiques éphémères, et surtout à la fin des fièvres assodes rémittentes, surtout quand elles arrivent à leur cessation par plusieurs paroxysmes intermittents [1] ; elle est souvent liée dans son apparition à une heureuse et complète terminaison de la maladie. Elle est si fréquente en certaines années dans les maladies fébriles, qu'elle justifierait presque la remarque d'Ætius, évidemment trop générale dans ses expressions, qui faisait de ces pustules un symptôme habituel de la terminaison des fièvres [2]. On observe aussi l'***herpes labialis***

[1] Hippocrate regardait l'apparition de l'*herpes labialis* comme indiquant le passage de la maladie fébrile à la forme intermittente: *Febres in quibus exulcerantur labia fortassis intermittentes* (Hip. op. edent. Van-der-Linden, t. I, p. 321.)

[2] *In febricitantibus assidue fiunt pustulæ circa labia et nasum, juxta febris solutionem* (tetr. II, sermo I. In-f°. p. 235).

dans les simples dyspepsies nidoreuses, de même qu'elle se voit dans des maladies différentes, comme dans les bronchites, et surtout dans les fièvres catarrhales. Quoi qu'il en soit, comme cette éruption appartient le plus souvent aux fièvres dyspepsiques, il convient de la décrire particulièrement en parlant de ces maladies.

Description de l'*herpes labialis*.

1865. Dans la période décroissante de la fièvre, ou bien lorsqu'elle a déjà cessé et que le malade est resté dans cet état valétudinaire entretenu par la dyspepsie nidoreuse, persistant à un certain degré après la fièvre, une cuisson et une tuméfaction circonscrites, avec chaleur et prurit, se manifestent autour des ouvertures des membranes muqueuses et principalement autour des lèvres et des ailes du nez, sur la peau contiguë et sur l'extrême limite de la membrane muqueuse elle-même. Au bout de quelques heures, des vésicules d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, diaphanes, nacrées, reposant sur une base rouge, très douloureuses au toucher, et qui sont le siége d'une cuisson ardente, se sont élevées par groupes sur la membrane tégumentaire. Elles forment comme un anneau autour de l'ouverture muqueuse, et s'étendent plus ou moins loin, d'un côté sur les limites de la peau environnante, et d'un autre côté, quoique plus rarement et le plus souvent à un degré moins prononcé, sur la muqueuse, autour de l'orifice de laquelle elles ont leur principal siége. C'est ainsi que l'on voit quelquefois ces anneaux de vésicules inflammatoires, qui environnent la bouche et le nez, s'étendre jusqu'au milieu des joues; le plus souvent il n'y a que trois ou quatre groupes de deux ou trois vésicules chacune sur le bord même des lèvres ou des ailes du nez. On voit fréquemment ces petites phlyctènes se manifester d'abord sur la muqueuse, comme sur le dedans des lèvres, sur la surface interne des joues et jusque sur la langue, avant et souvent en même temps qu'elles surviennent aux commissures de la bouche. Nous en avons observé aussi sur

la muqueuse de la vulve et sur les grandes lèvres ; plus souvent encore nous en avons vu sur le pourtour de l'anus. Nous ne concevons pas que les auteurs n'ayent pas signalé ce dernier siége de l'herpes labialis que nous avons trouvé jusqu'à cinq fois dans deux mois, dans la constitution automnale de 1834, qui occasionna un assez grand nombre de fièvres dyspepsiques.

Ces vésicules formées par le soulèvement de l'épiderme et qui semblent avoir évidemment leur siége dans des cryptes cutanées et muqueuses, deviennent de plus en plus douloureuses; le fluide diaphane transparent qu'elles contiennent, se trouble; au bout de vingt-quatre heures elles se rompent. Il résulte alors de la dessiccation du fluide qui s'écoule, du détritus épidermique ou épithétique qui en est le résultat, des croûtes jaunâtres humides, qui se dessèchent lentement et tombent ordinairement du cinquième au septième jour. Sur la membrane muqueuse et même quelquefois sur sa jonction avec la peau, ces vésicules s'ulcèrent et produisent de petites solutions de continuité, souvent filiformes, à fond comme grisâtre, couenneux, à bords taillés à pic ou même relevés, très rouges et tuméfiés, qui occasionnent beaucoup de douleur. La croûte humide de l'herpes labialis se reproduit quelquefois deux ou trois fois, et lorsqu'elle se détache elle laisse souvent à nu des fissures enflammées fort douloureuses. Ordinairement en huit jours au plus cette petite maladie est terminée.

Des parotides dans les fièvres assodes.

1866. On ne trouve dans les auteurs qu'un bien petit nombre d'observations sur des phlegmasies parotidiennes survenant comme crises des fièvres assodes. Finke en a cependant signalé la manifestation comme s'étant présentée à lui deux ou trois fois dans l'épidémie du Tecklembourg [1].

On trouve un plus grand nombre de faits sur ces phlegmasies survenues pendant le cours de dyspepsies évidentes ou

[1] *De feb. bilio. anom.*, p. 65.

de fièvres dyspepsiques comme épiphénomènes. Stoll en cite deux cas dans l'un desquels il y eut un abcès parotidien[1]; mais dans ces cas laphlegmasie parotidienne a-t-elle été un épiphénomène réel de la maladie dyspepsique, ou cette dernière maladie n'a-t-elle été qu'une complication de la phlegmasie parotidienne, comme elle l'est de presque toutes les maladies les plus diverses, quand elle règne épidémiquement? Dans les fièvres assodes épidémiques de l'été de cette année 1839, nous avons vu sur trois enfants la fièvre assode éphémère s'accompagner d'une douleur avec tuméfaction des deux parotides, rendant douloureux le mouvement des mâchoires. Cette phlogose parotidienne n'a duré que deux ou trois jours, et n'a pas survécu à la fièvre dyspepsique, qui a cédé rapidement par l'administration des émétiques.

De la manifestation de la pneumonie dans les fièvres assodes ou des pneumonies bilieuses.

1867. La manifestation des phlegmasies pulmonaires pendant le cours des fièvres dyspepsiques, et sous l'influence des conditions constitutives de ces fièvres, n'est pas un de leurs accidents les plus rares. Ce sont ces pneumonies que les auteurs ont qualifiées de bilieuses. Nous les considérons comme des fièvres dyspepsiques habituellement intenses, pendant la durée desquelles une phlegmasie pulmonaire survient comme épiphénomène, de la même manière que se manifestent toutes les phlegmasies extérieures qui viennent d'être indiquées.

Des cas dans lesquels les fièvres dyspepsiques se compliquent de pneumonie.

1868. C'est le plus souvent dans le cours des fièvres dyspepsiques rémittentes, et assez fréquemment aussi dans les fièvres continues dyspepsiques, que l'inflammation du poumon se montre et ajoute ses symptômes propres aux phénomènes dyspepsiques qui l'ont précédée, et qui persistent avec elle.

L'invasion des épiphénomènes inflammatoires du côté de la poitrine, dans les fièvres assodes, succède souvent à la suppression spontanée ou déterminée par l'art, de flux diarrhéiques, bilieux, indépendants de phlegmasie intes-

[1] *Rat. med.*, t. eph. ann. 1777, cap. x, æg. vi.

tinale (1718), ou joints à un certain degré de phlogose de la muqueuse du tube digestif. Cette dernière remarque appartient à Guideti, qui rapporte des faits pour la justifier, et qui la présente comme le résultat de nombreuses observations cliniques recueillies en 1710, 1716 et 1718. Cet auteur a aussi reconnu que dans ces cas, le retour de l'affection abdominale était suivi de la cessation des accidents thoraciques[1]. Nous avons plusieurs fois observé les épiphénomènes inflammatoires thoraciques des fièvres assodes alternant avec des flux diarrhéiques inflammatoires ou non inflammatoires; il nous a semblé, dans la plupart des cas, que le rapport reconnu par Guideti existait en sens opposé, c'est à dire que l'épiphénomène abdominal ne cessait que par suite de l'affection thoracique intercurrente.

Rapport des accidents des pneumonies avec ceux des fièvres assodes originelles.

1869. Quand une phlegmasie thoracique survient comme épiphénomène d'une fièvre assode, on reconnaît sa présence par les signes qui lui appartiennent spécialement, et l'observation clinique démontre que cette phlegmasie pulmonaire a des rapports immédiats de dépendance avec la maladie primitive. L'intensité des symptômes dyspepsique proprement dits, et la succession des récrudescences paroxystiques des accidents réactionnels, mesurent l'intensité et déterminent les exacerbations de tous les phénomènes pneumoniques; la marche et la durée de la phlegmasie pulmonaire sont réglées par la marche et la durée des accidents de la fièvre assode, et sa terminaison n'arrive que par le déclin ou la terminaison de cette dernière maladie. Tous les autres épiphénomènes que nous voyons se montrer seuls dans les fièvres assodes, tels que les phlegmasies bucco-pharyngiennes (1856), et spécialement les stomatites aphtheuses (1857) et les phlegmasies cutanées se retrouvent encore dans les fièvres dyspepsiques pendant le cours desquelles surviennent des pneumonies; en sorte que

[1] F. T. Guideti, d. m. Taurinensis, *Dissert. med. de bilio. feb., et de bili. pleuritide*, ad finem t. Glass. comment. de febrib.; Lausannæ, 1788, p. 50.

c'est toujours dans ces cas, à la condition morbide originelle qui constitue la fièvre assode, que se rapportent tous les accidents morbides, quels qu'ils soient, même ceux de la pneumonie elle-même.

1870. Nous ne pouvons mieux faire, pour que nos lecteurs se représentent bien l'état morbide qui constitue la fièvre assodue avec une pneumonie épiphénoménique, que de rappeler la description de la fièvre gastrique avec pneumonie que Stoll observait en 1776; on ne peut trop s'arrêter sur cette forme de maladie dyspepsique, l'une des plus graves et aussi des plus fréquentes dans les temps où règnent ces maladies.

Description d'après Stoll d'une fièvre assode avec pneumonie épiphénoménique.

« Une disposition catarrhale précédait la maladie pendant quelques jours et même pendant quelques semaines; l'appétit se perdait, la bouche était amère, visqueuse; les malades suaient pendant la nuit. C'est alors que les malades étaient pris de légers frissons, et même d'un froid plus marqué, mais moins intense que dans la véritable inflammation des poumons; de la chaleur, de l'oppression de poitrine et une douleur vive, ou dans la région du sternum, ou dans un des côtés, succédaient à ce froid. Cette douleur occupait quelquefois tout le thorax, elle augmentait rarement en respirant ou en toussant. Les malades reposaient également bien sur l'un et sur l'autre côté. Les hypochondres étaient souvent tendus, douloureux, surtout quand on y portait la main. Les malades éprouvaient une douleur gravative à la région du cardia et au dessous, qui augmentait aussi à la pression; ils avaient des éructations amères, le ventre resserré, ou bien leurs selles étaient très liquides et bilieuses; ils sentaient une douleur de tête gravative. La face était d'un vert pâle, les yeux tristes. La soif était souvent nulle, ou bien elle était moindre qu'on n'a coutume de l'éprouver dans une maladie aiguë. Le plus grand nombre percevait une saveur amère à la bouche; pour quelques uns c'était une saveur nauséabonde ou acide

et austère. Quelquefois la langue était blanche et pâteuse, mais le plus souvent elle était couverte d'une saburrhe d'un jaune verdâtre, et comme hérissée de petites éminences velues, teintes avec une matière jaune et verte. Les dents étaient fuligineuses. Les malades éprouvaient comme un sentiment de plénitude et de gonflement de l'estomac; il y avait de l'anxiété à la région précordiale, des coliques de temps en temps, et de la douleur lombaire. Les crachats étaient gluants, épais, tenaces, blancs, décidément verdâtres chez quelques uns seulement, mais ces derniers parurent dès le commencement de la maladie et même avant. Les urines safranées, devenaient bientôt sédimenteuses, et ne déposaient qu'imparfaitement un sédiment furfuracé, blanc, briqueté ou mêlangé; elles se montraient telles dès le commencement de la maladie. Quelques malades vomirent spontanément des matières bilieuses, ce qui les soulagea; d'autres n'avaient que des envies de vomir. Un flux abondant de salive insipide, coulait vers le gosier, et des nausées rendaient insupportable le seul aspect des aliments. Le pouls n'était pas ordinairement dur : il variait pour la fréquence selon les individus. Ou la fièvre se maintenait au même degré de force, ou il y avait des redoublements qui étaient toujours irréguliers. Le symptôme dont les malades se plaiguaient davantage était la chaleur dans la poitrine avec oppression et difficulté de respirer. Quelques uns n'exprimaient d'autre souffrance que la gêne de la respiration et une vive oppression thoracique.

» Ce ne fut que chez le plus petit nombre des malades que l'on trouvait réunis tous les symptômes qui viennent d'être énumérés. Chez la plupart on n'en observait qu'une partie par lesquels la maladie se décélait. Tous les malades, indépendamment de l'état de la poitrine et de la respiration indiqué, présentaient pour signes constants les symptômes saburrhaux de la langue et la dépravation du

goût. Tous avaient des nausées et de l'anorexie; mais tous n'avaient pas des nausées et des vomissements bilieux ou autres. Tous se plaignaient de douleur à l'estomac : la plupart la qualifiaient de gravative, et un petit nombre de simple pincement de cet organe; quelques malades n'avaient même aucune douleur à la région épigastrique, si ce n'est lorsqu'on y exerçait la pression[1]. »

Nous ne trouvons pas dans cette description l'indication des signes de pneumonie que fournissent les moyens actuellement connus d'investigation, nous ne pensons pas cependant qu'il soit possible d'y méconnaître des symptômes réels de pneumonie parmi les symptômes encore plus tranchés de la fièvre assode continue ou rémittente.

Observation clinique sur une fièvre assode avec pneumonie.

1871. Nous avons toujours vu les fièvres assodes avec phlegmasie thoracique se manifester comme Stoll les a observées. Les signes de la pneumonie obtenus par la percussion et l'auscultation du thorax, tout en ajoutant à la précision du diagnostic, déduit des symptômes par lesquels les médecins anciens reconnaissaient bien les phlegmasies thoraciques, ne font que rendre plus évidente la prépondérance des phénomènes dyspepsiques et fébriles qui précèdent et accompagnent toujours alors la phlegmasie pulmonaire, et le plus souvent persistent encore après elle. Pendant le cours de l'épidémie de maladies dyspepsiques de l'été de cette année 1839, nous avons observé plusieurs exemples de fièvres assodes avec pneumonie; en voici un cas.

Un homme de trente-quatre ans avait été pris, après un excès de vin, le 22 juillet 1839, époque à laquelle toutes les maladies aiguës étaient des dyspepsies ou des fièvres assodes nidoreuses, ou participaient de l'état dyspepsique, de vomissements, de selles liquides abondantes, et d'un état général de malaise avec courbature dans les membres, et douleur obtuse dans le côté gauche du thorax. Le 26 juillet il nous

[1] *Ratio med.*, t. 1, eph. ann. 1776, in mense martis.

présenta les symptômes suivants : la bouche était amère, la langue était couverte d'une couche saburrhale épaisse et jaunâtre, l'anorexie était complète ; la fièvre était modérée, la peau était cependant chaude et âcre au toucher; les conjonctives, les ailes du nez et les commissures des lèvres offraient une teinte ictérique ; le ventre était indolent et sans tension dans toute son étendue; le malade avait d'assez fréquentes évacuations alvines liquides qui survenaient sans douleurs tormineuses ; il éprouvait une douleur obtuse à la base de la poitrine à gauche dans les mouvements d'inspiration et d'expiration ; il expectorait avec une toux rare et facile quelques crachats rouillés. Sur les deux tiers inférieurs de la base de la poitrine du côté gauche, la percussion fournissait un son mat, et l'auscultation faisait reconnaître un souffle tubaire sec évident. Nous portâmes pour diagnostic l'existence d'une fièvre dyspepsique avec pneumonie gauche. Nous prescrivîmes l'administration d'un émétique composé de vingt-quatre grains de poudre de racine d'ipécacuanha et deux grains de tartre stibié. Ce moyen fut réitéré le lendemain. Le 28 juillet il n'y avait plus d'amertume à la bouche, les selles liquides étaient suspendues, la teinte ictérique des conjonctives et de la face s'effaçait, la fièvre avait cessé, l'expectoration rouillée persistait, le souffle tubaire était remplacé dans une partie de son étendue par du râle crépitant. Le 30 juillet l'appétit était rétabli, la langue était nette, l'ictère s'était effacé complètement ; la sonoriété du thorax était rétablie, le poumon gauche était devenu perméable, seulement il restait à sa base quelques légères traces de râle muqueux; plus de toux ni d'expectoration. La convalescence était ainsi confirmée.

Motifs pour lesquels la nature de l'état morbide des fièvres assodes compliquées est souvent méconnue.

1872. De tous les accidents qui se joignent aux phénomènes habituels des fièvres dyspepsiques, il n'en est aucun qui modifie à un plus haut degré leur aspect extérieur que ceux que nous venons d'indiquer (1871); c'est pour cela

qu'on les a trop souvent considérés comme constituant par eux-mêmes l'état morbide principal, ou au moins comme n'étant que des complications accidentelles. On se laisse aller d'autant plus facilement à adopter cette opinion, que la manifestation intercurrente d'épiphénomènes inflammatoires, et spécialement de phlegmasies pulmonaires dans les fièvres dyspepsiques, est le plus souvent suivie d'accidents ataxiques, que des médecins peu expérimentés rapportent aux phlegmasies, tandis qu'en réalité, ils sont dus à la maladie dyspepsique, dont l'influence sur l'organisme est encore exagérée par une médication mal conçue. C'est ce qui arriva, par exemple, chez une jeune fille dont parle Stoll, qui avait une fièvre gastrique avec pneumonie. Une petite saignée fut pratiquée; un délire furieux et une fièvre violente se manifestèrent, mais l'administration d'un vomitif fit rendre une très grande quantité de matières bilieuses. Le délire cessa tout à coup, et les accidents de la pneumonie et la fièvre diminuèrent beaucoup, et disparurent ensuite entièrement [1].

L'erreur qui a fait souvent considérer comme la maladie principale les phlegmasies épiphénoméniques qui surviennent secondairement aux fièvres dyspepsiques, n'est point en général commise pour les diacrises variées qui sont bien plus fréquemment des épiphénomènes des fièvres dyspepsiques, parce que leurs symptômes sont moins prononcés, et parce que leur dépendance de la maladie primitive est bien plus facile à saisir.

Des diacrises épiphénoméniques dans les fièvres assodes.

1873. Les diacrises épiphénoméniques le plus souvent observées dans les fièvres dyspepsiques sont les sueurs et les flux colliquatifs hépatiques et gastro-intestinaux.

Des sueurs épiphénoméniques dans les fièvres assodes.

1874. Les sueurs se manifestent avec abondance dans quelques fièvres dyspepsiques dès la première période, et pendant le cours de la maladie. Ces diaphorèses exagérées arrivent quelquefois dans les fièvres assodes éphé-

[1] Stoll, *Rat. med.*, vol. I, ann. 1776, in mense martis.

mères, on les observe souvent dans les fièvres dyspepsiques chroniques; elles sont aussi communes dans les fièvres assodes rémittentes. Cet épiphénomène diacritique a toujours pour résultat de briser les forces des malades et de les jeter dans une douloureuse anxiété; c'était un épiphénomène habituel dans les fièvres bilieuses rémittentes, que Lépecq de la Cloture observait à Rouen en 1769. « Ces fièvres présentaient les accidents ordinaires des fièvres bilieuses; les malades étaient fatigués, dès l'invasion, par des alternatives de frisson et de chaleur, et par une violente douleur avec pesanteur de tête et difficulté de la remuer; ils éprouvaient quelques nausées, quelquefois de vomissements et une légère difficulté d'avaler, avec une trace de phlogose dans l'arrière-bouche. On leur trouvait à peine le pouls concentré à l'heure des redoublements; il restait au contraire toujours fort et grand, assez développé, et ils suaient dès les premiers jours en abondance: ces sueurs ne les soulageaient pas; elles abattaient leurs forces et leur laissaient beaucoup d'anxiété [1]. »

Au déclin des fièvres dyspepsiques et principalement des fièvres dyspepsiques continues, les sueurs abondantes n'ont pas les mêmes inconvénients qu'à une période moins avancée de la maladie; au lieu d'occasionner un affaiblissement proportionné à leur abondance, au moins dans la plupart des cas où nous les avons observées, ces sueurs, nous ont paru déterminer une amélioration très rapide et une convalescence facile (1889).

Des sudamina dans les fièvres dyspepsiques.

1875. On observe quelquefois, lors du décroissement des fièvres dyspepsiques, et dans quelques cas rares, pendant leur periode d'état, sur les côtés du cou, sur la partie antérieure de la poitrine et vers les aisselles, une éruption de petites vésicules miliaires, blanches, diaphanes, remplies de sérosité, d'une demi-ligne à une ligne de dia-

[1] Lépecq de la Clôture, *Collect. d'obs. sur les maladies et constitut. épid.*, part 4e, ann. 1769, in-4°, p. 825.

mètre. Ces petites vésicules sont des sudamina; elles ne coïncident pas toujours avec une diaphorèse abondante; leur manifestation n'a rien de constant et n'exerce aucune influence sur les maladies dyspepsiques; mais comme elles dépendent du dépôt du produit de la diaphorèse sous le feuillet épidermique le plus superficiel, elles se rattachent à la production même de la diaphorèse. C'est pourquoi cet accident secondaire a souvent été considéré comme critique, parce que sa production étant l'effet accidentel d'une diacrise critique, précède ainsi habituellement la terminaison heureuse de la maladie. C'est surtout au déclin des fièvres assodes pituiteuses, celles des fièvres assodes qui se terminent le plus souvent par les sueurs, que l'on observe le plus souvent les sudamina. Stoll les observa comme phénomène habituel dans les fièvres dyspepsiques pituiteuses qu'il vit régner dans l'été de 1777 [1]. Ces éruptions sont plus rares dans les fièvres assodes bilieuses que dans les autres fièvres dyspepsiques; elles n'appartiennent qu'aux formes graves de ces maladies.

Des excrétions mucoso-bilieuses épiphenoméniques des fièvres assodes.

1876. Les excrétions mucoso-bilieuses par les vomissements et par les selles arrivent souvent à différentes périodes des fièvres dyspepsiques; quand elles sont modérées, l'on ne peut les considérer comme des épiphénomènes, puisqu'on les observe dans le plus grand nombre de ces maladies, avec tous les caractères de phénomènes critiques survenant le plus ordinairement dans la période de décroissement. Mais quand ces symptômes ont un haut degré d'intensité, ils constituent des épiphénomènes qui ajoutent à la gravité de la maladie, en déprimant rapidement les forces des malades. Il importe cependant de faire remarquer que ces flux abdominaux varient en quantité dans les fièvres assodes entre des limites très écartées, sans qu'on puisse les considérer comme des épiphénomènes réels; ils présentent aussi des modifications quant à leur

[1] *Rat. med.*; t. II, eph. an. 1777, cap. X, ægrot. XVIII.

nature; ce sont tantôt des matières bilieuses pures, d'un jaune verdâtre, plus ou moins âcres, qui sont excrétées, et d'autres fois ce sont des matières muqueuses ou mucoso-séreuses. Dans les fièvres dyspepsiques très aiguës éphémères ou rémittentes, surtout pour celles qui surviennent durant les saisons chaudes et dans les climats très chauds, c'est le plus ordinairement de la bile jaune ou verdâtre que les malades rejettent soit par les vomissements, soit par les selles, tandis que dans les autres fièvres dyspepsiques et surtout dans celles qui ont les symptômes particuliers des fièvres muqueuses ou pituiteuses, les fluides rejetés sont des mucosités plus ou moins séreuses. C'est surtout dans les fièvres assodes rémittentes et continues, et principalement dans les fièvres pituiteuses, que ces diacrises acquièrent un haut degré de gravité qui influe sur la terminaison fâcheuse de la maladie.

Dans les fièvres dyspepsiques compliquées de phlegmasies, et surtout de plegmasies thoraciques, ces flux abdominaux sont un épiphénomène assez fréquent, presque toujours suivi d'une adynamie prononcée, ou au moinsd'une oppression des forces portée au plus haut degré. Stoll en a recueilli un exemple très remarquable dans l'été de 1777[1]. Les symptômes de la pneumonie, les phénomènes dyspepsiques, les vomissements et les excrétions alvines bilieuses excessives débutèrent presque en même temps et persistèrent jusqu'à la période décroissante de la maladie qui arriva le sixième jour.

Influence des diacrises épiphénoméniques sur les fièvres assodes.

1877. Les diacrises qui surviennent pendant le cours des fièvres dyspepsiques n'acquièrent l'importance que nous venons d'indiquer, à en juger au moins d'après les observations cliniques qui ont été recueillies, que pendant la période d'augment des fièvres assodes, quelquefois cependant elles se montrent dès leur invasion; c'est alors que des vomissements bilieux excessifs, des selles diarrhéïques

[1] *Rat, med.*, t. II, eph. an. 1777, cap. x, ægrot. x.

abondantes, épuisent les forces des malades, et les jettent dans une adynamie extrême, dont les suites sont d'autant plus fâcheuses que la fièvre devient alors toujours plus intense.

Dans tous ces cas, l'influence des déperditions de liquides, les douleurs gastralgiques et tormineuses, qui se joignent aux vomissements et aux selles réitérées, brisent les forces des malades au plus haut degré et les jettent dans un état d'angoisse et d'agitation, qui ajoute beaucoup à la gravité de la maladie. Toutefois les symptômes graves, dont s'accompagnent ces diacrises, n'empêchent pas qu'elles n'aient souvent pour la fièvre dyspepsique un caractère critique. On peut le voir par les phénomènes qui se sont manifestés dans le cas suivant, dont P. Forestus nous a conservé la relation.

Une femme veuve, de Delphes, âgée de quarante ans, fut prise, vers la fin de juillet 1566, de fièvre assode (1696). Elle était dans une telle anxiété qu'elle ne pouvait rester au lit, et ne pouvait garder en repos aucune position. Son anorexie portait sur toutes les espèces d'aliments et de boissons; les hypochondres étaient très tendus; elle avait de la soif et point de sommeil. Le troisième jour les membres étaient froids; l'agitation et l'angoisse étaient très prononcées, et la soif était très vive. Elle fut enfin prise, par haut et par bas, de déjections très abondantes de matières bilieuses et âcres; elle rejeta de la bile porracée mêlée de beaucoup de mucus; elle éprouva en même temps une douleur lancinante d'estomac et une tension des hypochondres si intenses, qu'elle tomba en syncope, et sembla près d'expirer. La fièvre était continue; la malade criait qu'elle ressentait une ardeur brûlante à l'estomac. Forestus prescrivit pour boisson l'usage de l'eau d'orge avec l'oximel, ou le sirop de groseille. Au bout de quatre jours, les déjections diminuèrent, la chaleur fébrile et la fièvre perdirent de leur intensité. Le septième jour la

malade que l'on avait désespéré de conserver fut guérie [1].

Auteurs qui ont observé la manifestation d'hémorrhagies épiphénoméniques dans les fièvres assodes.

1878. Les hémorrhagies se manifestent quelquefois comme épiphénomènes pendant le cours des dyspepsies et surtout des fièvres assodes. Schrœder, au rapport de Marcard [2], professait que l'observation clinique l'avait souvent convaincu qu'un grand nombre d'hémorrhagies trouvent leur cause dans l'embarras des premières voies; et ce dernier médecin lui-même invoquait sa propre expérience clinique à l'appui des observations de son maître. Dans le cours de la constitution épidémique bilieuse du Tecklembourg, Finke a remarqué aussi des cas d'hémorrhagie survenus comme phénomènes insolites des maladies régnantes [3]. Stoll, dans le même temps, insistait sur de semblables faits [4]. Nous admettons ces observations; car nous sommes à même de les confirmer par notre propre expérience. Les fièvres dyspepsiques si nombreuses pendant l'été de cette année 1839, ont très souvent des hémorrhagies pour épiphénomènes.

Effets immédiats de la présence des hémorrhagies épiphénoméniques dans les fièvres assodes.

1879. Toutes les observations sur les hémorrhagies épiphénoméniques des fièvres assodes se réduisent à ce fait général : pendant des fièvres assodes ou des dyspepsies nidoreuses qui présentent tous leurs symptômes ordinaires, les malades sont pris d'hémorrhagies nasales, pulmonaires, utérines, rénales, hémorrhoïdales, ou gastro-intestinales. Ces hémorrhagies, si elles sont légères, n'exercent que peu d'influence sur la maladie dyspepsique; mais quand elles sont intenses, elles ajoutent à sa gravité par l'intensité même des symptômes immédiats d'hyperhémie des organes affectés d'hémorrhagie et de trouble fonctionnel de ces organes (27, 28), et par l'influence fâcheuse qu'une trop

[1] P. Foresti, *Observ. et curat. medici.*, lib. II., obs. XXXVIII.

[2] Marcardi, *Dissert. examin. rigor. malig. fieb.* Gœtting., 1770.

[3] *De morb. bilio. anom.* p. 166.

[4] *Rat. med.*, ephe., ann. 1777, part. II, cap. X; ann. 1778, *et* part. III, mense februa.

grande déperdition de sang exerce sur l'organisme déjà malade. La manifestation, la durée et la terminaison de ces hémorrhagies épiphénoméniques, sont évidemment réglées par toutes les phases de la maladie dyspepsique.

Des épistaxis épiphénoméniques des fièvres assodes.

1880. Les épistaxis se montrent fréquemment dès le début des fièvres dyspepsiques principalement chez les jeunes sujets; elles sont peut-être moins fréquentes aux périodes plus avancées de la maladie. Dans la plupart des cas, la déperdition de sang qu'elles produisent est peu grande et n'a même pas pour effet d'occasionner une notable débilité. Ce n'est que dans les cas exceptionnels et chez des sujets habitués à des épistaxis que la perte de sang devient quelquefois, assez considérable pour jeter le malade dans un état de faiblesse qui n'est même dans la plupart des cas que passager.

L'épistaxis nous a semblé plus fréquente dans les fièvres assodes éphémères et rémittentes que dans les autres formes de ces maladies; quelquefois elle revient à chaque paroxysme de la fièvre rémittente dyspepsique, pendant le plus haut degré de l'accès. Nous venons d'en voir un exemple des plus prononcés, dans lequel la perte du sang finit par amener un état de faiblesse très marqué, sinon par son abondance, au moins en se renouvelant tous les jours. L'épistaxis est assez souvent observée dans les fièvres assodes continues quand il existe une phlogose de la muqueuse pharyngienne. On sait que cette phlogose s'étend quelquefois à la pituitaire et jusque dans les trompes d'Eustachy.

Des hémoptysies épiphénoméniques des fièvres assodes.

1881. La manifestation des hémoptysies, comme symptôme insolite des maladies dyspepsiques, est un des épiphénomènes que l'on admet aujourd'hui avec le plus de difficulté. On objecte contre les observations, qui ont été rapportées sur cet accident, la fréquence des lésions organiques pulmonaires, dont l'hémoptysie n'est si souvent qu'un symptôme (274 *et sqq.*), comme si la réalité de

cette cause morbide, qui ne peut être en effet révoquée en doute dans beaucoup de cas publiés même comme des exemples d'hémoptysies idiopathiques, devait faire rejeter l'influence de la cause occasionnelle qui se trouverait dans une maladie dyspepsique intercurrente. L'insuffisance des moyens d'investigation, dont nos prédécesseurs disposaient, a sans doute fait souvent méconnaître ces lésions organiques pulmonaires comme elle a aussi probablement fait considérer comme des hémoptysies simples, des pneumonies compliquées d'hémorrhagies bronchiques (275). Ces erreurs qu'il importe d'éviter, n'empêchent pas que les faits ne démontrent que des malades affectés de tous les accidents des maladies assodes n'aient été pris de crachement de sang, qui a augmenté, diminué, cessé, comme tous les symptômes dyspepsiques, par le décroissement spontané de la maladie, ou par l'effet utile d'un traitement approprié à la maladie dyspepsique. En 1771, Barthez appelé auprès du comte de Périgord, atteint d'un crachement de sang, rapporta la maladie à un état gastrique, et prescrivit, malgré l'avis de plusieurs consultants qui voulaient recourir à la saignée, l'administration d'un vomitif. L'affection gastrique cessa, et avec elle l'hémoptysie. Stoll, après deux observations sur des phlegmasies pulmonaires survenues comme épiphénomènes de la fièvre dyspepsique et dans lesquelles les crachats ont été au moins passagèrement hémoptoïques, s'exprimait en des termes qui montrent qu'il tenait bien compte des maladies de poitrine dont l'hémoptysie est si souvent symptomatique. « Les » bons observateurs savent qu'il y a des hémoptysies bi- » lieuses, et qu'elles sont très fréquentes dans certains » étés. L'hémoptysie bilieuse est ordinairement un symp- » tôme de fièvre bilieuse. Quelquefois sans fièvre, du moins » manifeste, les malades crachent abondamment du sang » tout pur, et ils présentent en même temps les signes » d'un embarras de bile dans les premières voies. La sai-

» son d'été, les signes de saburrhe bilieuse perçus chez un » malade qui crache du sang, qui n'avait point l'habitude » d'en cracher dans un autre temps, qui n'a point cette » conformation, sujette d'abord au crachement de sang, » ensuite à la phthisie, vous feront concevoir des soupçons » fondés d'un hémoptysie bilieuse [1]. » Stoll rappelle ensuite le cas d'un jeune Turc qui eut, au mois de juillet 1775, une fièvre bilieuse et un crachement de sang considérable. Il prescrivit un vomitif au moment même où l'effusion du sang de la poitrine avait lieu. Il en résulta qu'il vomit beaucoup de bile huileuse; mais il ne reparut plus un filet de sang, et la fièvre disparut.

Nous avons aussi rencontré dans des maladies dyspepsiques, des hémoptysies subordonnées comme tous les autres symptômes morbides aux accidents de l'état dyspepsique. L'un des cas les plus remarquables que nous puissions citer, est celui d'un ancien pâtissier, âgé de soixante-trois ans; il a beaucoup d'embonpoint et a l'habitude de se faire saigner chaque année. Le 24 juillet 1839 il avait une hémoptysie qui durait depuis la veille avec abondance. Il présentait de plus des symptômes saburrhaux très prononcés. Depuis huit jours un léger mouvement fébrile s'était manifesté par un frisson quelques heures avant l'hémoptysie. Après avoir constaté, par la percussion et l'auscultation thoracique, que les organes de la respiration ne présentaient aucun signe appréciable de pneumonie, ni de maladie de leur tissu, nous prescrivîmes une saignée, à cause de l'habitude que le malade a de se faire tirer du sang, et à cause de sa constitution vigoureuse et pléthorique. L'hémoptysie continua; elle fut très abondante la nuit suivante; le malade eut de la fièvre, et vomit une petite quantité de bile dans les efforts de la toux hémoptoique. Le lendemain, comme, outre l'hémoptysie, les symptômes dyspepsiques étaient très

[1] *Rat. med.*; mob. epid. 1777, t. II, cap. X et cap. XI.

prononcés, quatre grains de tartre stibié furent administrés. L'hémoptysie cessa immédiatement, et la dyspepsie fut beaucoup diminuée: cependant elle ne se termina tout à fait qu'au bout de quatre à cinq jours par l'administration de deux apozèmes purgatifs.

Des métro-hémorrhagies épiphénoméniques des fièvres assodes.

1882. Les hémorrhagies utérines sont peut-être les hémorrhagies épiphénoméniques les plus communes dans les maladies dyspepsiques; non seulement ces maladies ne suspendent point les règles, quand elles sont aiguës, mais elles augmentent presque toujours l'abondance et la durée de l'hémorrhagie menstruelle. Finke a remarqué que dans les fièvres bilieuses épidémiques du Tecklembourg, l'hémorrhagie qui survenait était le plus souvent le signal de l'invasion de la fièvre [1]. Marcard a rapporté, comme exemple de l'aptitude qu'ont les maladies dyspepsiques à s'adjoindre des hémorrhagies comme épiphénomènes, une observation recueillie sur une femme qui fut prise d'hémorrhagie utérine, quoiqu'elle eût depuis longtemps dépassé l'âge critique [2].

Des hémorrhagies rénales et intestinales épiphénoméniques des fièvres assodes.

1883. Finke a rapporté deux exemples d'hématurie survenue comme symptôme insolite pendant le cours de la fièvre dyspepsique bilieuse; il a également consigné dans son Histoire de la constitution épidémique du Tecklembourg, un exemple d'hémorrhoïdes survenue dans les mêmes circonstances. Ce dernier épiphénomène des fièvres assodes n'est rien moins que rare; nous l'avons observé plusieurs fois.

Nous avons des notes sur trois cas de fièvres dyspepsiques continues graves qui ont été compliquées de vomissement de sang et d'excrétions alvines sanguines qui ne laissaient pas de doute sur la présence d'hémorrhagies gastriques intestinales secondaires.

[1] *De feb. bilio. anom.*, p. 166.

[2] *Dissert. examin. rigor. maliq. feb.* Gœtting., 1770.

1884. Il est impossible de déterminer exactement la durée des fièvres dyspepsiques. La transformation des différentes formes de ces maladies les unes dans les autres, arrive avec facilité et souvent sans qu'on puisse la prévoir; elle a pour résultat de faire des cas particuliers des maladies de formes mixtes, aussi nombreuses et aussi variées que les cas individuels, auxquelles les résultats des observations générales ne pourraient plus s'appliquer au moins rigoureusement. Ainsi la fièvre dyspepsique éphémère arrivera dans un cas à une terminaison facile en quelques jours, tandis que dans un autre elle se convertira en fièvre dyspepsique rémittente, en fièvre dyspepsique continue chez un troisième, ataxique chez un quatrième, et chronique chez un cinquième. La maladie assode rémittente à son début, interrompt quelquefois sa marche, après deux ou trois paroxysmes, pour se terminer facilement, ou bien prend une marche continue, ou enfin se prolonge sous la forme chronique. Si l'on joint à ces circonstances toutes les différences qui arrivent pour les cas particuliers par les divers degrés d'intensité de la maladie, par les épiphénomènes variés qui s'y joignent, on est obligé de reconnaître qu'il est presque impossible d'assigner une marche et une durée bien déterminées aux fièvres dyspepsiques. Toutefois on peut dire qu'à part la forme chronique de ces maladies, et les cas dans lesquels elles passent de l'état aigu à l'état chronique, leur durée ordinaire n'excède pas en général deux ou trois semaines, et que même dans la plupart des cas elle ne va pas au delà de huit à dix jours.

De la durée et des modifications des fièvres dyspepsiques suivant les cas particuliers.

1885. Les fièvres assodes se terminent le plus souvent d'une manière heureuse dans nos climats, il n'y a d'exception que pour certaines épidémies dans lesquelles la maladie a en général une intensité extrême, et occasionne la mort soit par la violence de ses accidents, soit par ses épiphénomènes; quant aux fièvres dyspepsiques endémiques de certaines contrées du globe, et surtout des régions

Mode de terminaison des fièvres assodes en général.

inter-tropicales, elles sont souvent funestes, surtout pour ceux qui ne sont pas acclimatés.

Comments'accomplit la terminaison heureuse des fièvres assodes.

1886. La terminaison heureuse des fièvres dyspepsiques s'accomplit en général par un décroissement progressif qui ne s'achève, que dans le plus petit nombre des cas, sans phénomènes critiques. Le plus souvent alors, la fièvre ne cède pas nettement, le malade reste valétudinaire avec des symptômes de dyspepsie muqueuse, qui persistent ensuite avec des alternatives de diminution et de récrudescence et une faiblesse générale d'autant plus grande que la maladie a été plus grave et plus prolongée. C'est dans ces cas que la dyspepsie chronique, ou même une fièvre assode chronique restent, comme suite de la dyspepsie pyrétique aiguë.

Des rapports des accidents critiques avec la terminaison des fièvres assodes.

1887. Lorsqu'une fièvre dyspepsique s'est ainsi terminée par décroissement progressif et sans phénomènes critiques, l'on voit le plus souvent survenir, quand la maladie paraît tout à fait terminée, au milieu de l'état valétudinaire qu'elle laisse après elle, des évacuations anomales par les vomissements et surtout par les selles. Ces évacuations critiques tardives décident d'ordinaire le rétablissement définitif du malade. Dans d'autres cas où la marche de la maladie décroissante a été la même, on voit survenir pendant l'état valétudinaire consécutif, des affections diverses, dans la plupart des cas inflammatoires, comme des phlegmons, des phlegmasies des glandes parotides, des furoncles, des érythèmes, des éruptions cutanées phlicténoïdes, ou pustuleuses, suppurantes, etc. La manifestation de ces affections est souvent avantageuse, elle semble hâter le terme heureux des derniers accidents morbides, c'est à dire de l'entier et parfait rétablissement du malade. Cependant il importe de remarquer que ces différentes affections sont les formes de crises les plus rares des fièvres assodes.

De la nature des accidents critiques dans les fièvres assodes.

1888. Lorsque des phenomènes critiques surviennent au déclin de ces maladies, comme il arrive le plus ordinairement, ils consistent en des excrétions gastro-intestinales

mucoso-bilieuses, qui s'accomplissent quelquefois par le vomissement, mais le plus ordinairement par les selles (1876, 1877). Les évacuations critiques par les sueurs sont ensuite les plus communes, elles coïncident souvent avec l'excrétion d'urines rouges, sédimenteuses, plus ou moins abondantes; elles sont quelquefois si utiles, que la maladie peut se terminer en un ou deux jours, sous la seule influence de leur manifestation. Schmidtmann a montré l'utilité des crises sudorales dans les fièvres assodes par une observation recueillie sur un homme très robuste, affecté de fièvre bilieuse, dont la maladie fut presque jugulée par une sueur très abondante qui survint pendant une nuit [1]. Toutefois il ne faut pas attribuer aux sueurs dans les fièvres dyspepsiques, une influence heureuse aussi marquée dans toutes les périodes de la maladie. Les sueurs qui surviennent pendant que la fièvre conserve toute son intensité, et dans la période d'accroissement et même d'état de la maladie, sont quelquefois très abondantes, et ne font qu'ajouter à l'adynamie, à l'anxiété et au malaise extrême des malades, le plus souvent après ces sueurs la peau n'est devenue que plus sèche, et la teinte jaune ictérique générale que plus prononcée (1874).

1889. Les crises par les hémorrhagies sont rares. Pendant la longue durée de l'épidémie du Tecklembourg, Finke n'a pas vu un seul exemple de cette dernière évacuation, exerçant sur la terminaison de la fièvre dyspepsique une influence avantageuse [2]. Cependant il y a des observations cliniques qui prouvent que des pertes de sang peuvent être le mode de terminaison critique des fièvres dyspepsiques : Amatus Lusitanus parle d'une fièvre bilieuse ardente qui fut jugée par une hémorrhagie des gencives par laquelle le malade perdit plus de cinq livres de sang; Schmidtmann

[1] Schmidtmann, *Summa obs.*, etc., t. III, p. 319.

[2] *De feb. bilio. anom.*, etc., p. 64.

a rapporté une observation sur une fièvre gastrique bilieuse intense, qui après avoir résisté à une médication rationnelle, se termina par la manifestation d'un flux hémorrhoïdal abondant [1].

Des accidents graves qui peuvent résulter des crises dans les fièvres assodes.

1890. Les épiphénomènes critiques des fièvres dyspepsiques deviennent quelquefois par eux-mêmes, et tout en exerçant une influence avantageuse sur la maladie, la cause d'accidents graves. Ainsi, les évacuations diarrhéiques qui sont le plus souvent utiles et sans conséquences fâcheuses quand elles surviennent comme crise au déclin de la maladie, elles sont pourtant quelquefois dans cette dernière circonstance une cause de danger pour les malades. Guideti rapporte [2] qu'en 1711 il observa à San-Benigno, des fièvres bilieuses rémittentes et continues, dont les symptômes habituels étaient l'anxiété précordiale, la tension des hypochondres, de la douleur aux lombes, une céphalalgie pulsative, des nausées et des vomissements. Si, dès le début de la maladie, l'on ne provoquait pas des vomissements, il survenait pendant son cours des diarrhées bilieuses très difficiles à guérir et quelquefois mortelles.

Les évacuations diarrhéiques qui surviennent dans la période de décroissement des fièvres dyspepsiques, lorsqu'elles sont critiques et utiles, n'ont jamais une très grande abondance; les excrétions ne se renouvellent guère plus de quatre à cinq fois par jour, et à mesure qu'elles s'accomplissent, les malades éprouvent un état de mieux être, et quelquefois même une augmentation de forces (1877).

1891. Les épiphénomènes critiques des fièvres dyspepsiques doivent quelquefois leur gravité à la nature même, ou plutôt à l'étendue et à la profondeur de la lésion qui les constitue; ainsi des phlegmons profonds peuvent survenir comme crise des fièvres dyspepsiques, et ces maladies ne

[1] *Summa obs. med.*, etc., vol. III, p. 420.

[2] J. T. Guideti, *Dissert. med. de bilio feb.* Lausannæ, 1788. § XIV, p. 18.

sont jamais sans danger. Finke rapporte une observation sur une fièvre bilieuse qui affectait une petite fille de six ans, et qui se termina par un phlegmon profond de la cuisse qui fut très grave, et cependant guérit par résolution [1].

Mode de production de la terminaison fâcheuse des fièvres assodes.

1892. La terminaison fâcheuse des fièvres assodes arrive directement par l'influence des conditions constitutives de ces maladies sur l'organisme; mais cette influence n'est suffisante pour occasionner la mort que lorsque la maladie est très intense, ou que si elle affecte des sujets placés dans des conditions fâcheuses par leur état physiologique antécédent, ou par des circonstances morbides accessoires. Ainsi, les fièvres dyspepsiques rémittentes, et surtout les fièvres assodes ataxiques et continues, lorsqu'elles sont très violentes, ont pour résultat de jeter les malades dans un état de prostration qui va jusqu'à l'extinction de la vie. Cet effet fâcheux arrive par suite de l'intensité extrême de la fièvre ou par l'interruption des fonctions digestives qui peut avoir précédé d'un temps assez long l'invasion prononcée de la fièvre proprement dite; enfin, souvent aussi par suite des phénomènes nerveux ataxiques. Dans tous ces cas, si la maladie se termine d'une manière funeste, la mort arrive au plus haut degré d'intensité de la maladie aiguë.

Cette terminaison funeste survient rarement sans qu'aucun épiphénomène morbide ait ajouté à tout ce que la fièvre dyspepsique a déjà de grave par elle-même. Dans la plupart des cas, ce sont principalement des phlegmasies gastro-intestinales qui sont venues se joindre à l'état morbide diacritique; leur manifestation est évidemment alors, comme le remarquait F. Hoffmann [2], la cause la plus directe des plus graves accidents.

Les symptômes, dans ces cas de fièvres dyspepsiques

[1] *De feb. bilio. anom.*, p. 64.

[2] *Med. ration. systematicæ*, t. IV, p. I, sect. II, cap. 2, § VI.

graves, dont nous trouvons surtout des exemples dans les fièvres bilieuses des régions tropicales consistent dans le plus haut degré d'intensité des phénomènes directs du catarrhe gastro-intestinal, joints aux symptômes antécédents de la maladie dyspepsique; ainsi la soif devient excessive, la langue est sèche et rouge à l'extrémité, la muqueuse buccale est rouge et desséchée, le malade a des vomissements chaque fois qu'il boit, avec une douleur brûlante à l'épigastre. Pendant que ces symptômes se montrent, le ventre est plus ou moins tendu, il y a souvent des coliques, des selles liquides, des douleurs lombaires. Tous ces phénomènes de phlegmasie gastro-intestinale sont de plus en plus prononcés à mesure que la maladie marche vers son terme fatal.

1893. Les fièvres dyspepsiques chroniques jettent progressivement et d'une manière lente les malades dans un état de débilité et d'émaciation qui peut arriver à un degré extrême. Il suffit alors du développement d'une phlegmasie interne ou même d'une diacrise colliquative de quelque gravité, toujours rendu facile par la présence même de la fièvre dyspepsique chronique pour que la mort survienne.

Des conditions spéciales particulières aux malades qui ajoutent à la gravité de la fièvre assode.

1894. Les conditions particulières dans lesquelles peuvent se trouver les malades affectés de fièvres dyspepsiques, ont beaucoup d'influence sur la gravité, et surtout sur la terminaison fâcheuse de ces maladies. Ces conditions se rapportent, les unes aux causes prédisposantes de ces maladies qui seront indiquées plus loin, les autres aux circonstances qui ont jeté les malades dans un état de débilité extrême, comme l'âge avancé, l'épuisement par des travaux rudes ou par des chagrins, des privations, etc., ou par la nécessité de l'acclimatement dans les pays très chauds et humides. En un mot, c'est chez ceux qui sont sous l'influence d'une débilité prononcée que l'on observe le plus souvent la maladie arrivant à un tel degré de gravité qu'elle occasionne facilement une adynamie mortelle. Aussi, la terminaison funeste de ces fièvres est-elle toujours favorisée par la mé-

dication débilitante, et surtout spoliative, principalement chez les habitants des campagnes, épuisés par de rudes travaux, et jetés de bonne heure dans un état de vieillesse anticipée, par l'habitude d'une nourriture insuffisante ou trop peu réparatrice, et par des fatigues trop grandes.

Caractère général des complications des maladies avec les dyspepsies.

1895. Il n'est point de condition spéciale qui expose plus directement à contracter les dyspepsies que les différentes maladies pyrétiques, et surtout celles qui consistent en une inflammation. La fièvre assode survenant pendant leur durée, leur emprunte une partie de leurs symptômes, et prend elle-même une gravité d'autant plus grande que ces maladies ont troublé plus profondément l'organisme. La réunion des phénomènes de la maladie initiale aux symptômes ordinaires de la dyspepsie, se montre alors comme le caractère de l'état morbide compliqué, qui résulte de ces circonstances. Toutefois, malgré cette simultanéité de phénomènes d'origine différente, c'est toujours l'état dyspepsique qui devient dominant au point de gouverner en quelque sorte tous les accidents. La maladie primitive suspend ou ralentit sa marche décroissante, ou même prend une plus grande intensité, revêt une forme anomale, et quelquefois même tend à se terminer d'une manière fâcheuse; elle ne reprend sa marche vers une heureuse issue que lorsque la dyspepsie s'est terminée. Tel est le caractère de la complication avec la dyspepsie nidoreuse, ou même avec la fièvre dyspepsique qui devient commune à presque toutes les maladies, quand règnent les constitutions épidémiques assodes.

Influence des maladies dyspepsiques sur les inflammations traumatiques.

1896. De toutes les maladies pendant le cours desquelles l'intervention des affections dyspepsiques se dessine le plus nettement, les plus communes sont les maladies traumatiques. La marche heureuse de ces maladies est ordinairement interrompue tout d'un coup quand des accidents dyspepsiques avec ou sans fièvre se manifestent : les bourgeons charnus des plaies se flétrissent et deviennent pâles

et livides; la plaie se dessèche et ne fournit plus qu'un pus séreux, ses bords s'affaisseent, son fond devient blafard, et les parties molles qu'elle compromet deviennent comme œdémateuses jusqu'à une certaine distance autour d'elles. Pendant que ces phénomènes se montrent, le malade tombe dans une débilité extrême, son teint devient plombé et semi-ictérique, et les accidents fébriles, et les symptômes dyspepsiques se montrent à un haut degré et croissent avec une rapidité plus grande que sur les sujets qu'ils surprennent dans l'état de santé.

Ces cas où l'influence de la maladie assode sur les phlegmasies traumatiques se fait voir aisément, font comprendre comment la marche régulière et souvent bénigue des phlegmasies internes, est troublée et souvent même aggravée par la manifestation intercurrente des affections dyspepsiques. Pour ces phlegmasies, comme pour les plaies, la maladie assode devient la cause de l'interruption de leur marche régulière et se complique de leurs accidents qu'elle aggrave; leur terminaison est tout à fait subordonnée à sa marche décroissante et à son heureuse issue.

De la terminaison des fièvres assodes par métaptose.

1897. Les fièvres dyspepsiques se terminent fréquemment par métaptose, en se convertissant en fièvres intermittentes ou en typhus.

De la conversion des fièvres assodes en fièvres intermittentes.

1898. La conversion des fièvres dyspepsiques en fièvres intermittentes a été remarquée par presque tous les auteurs, et observée dans presque toutes les épidémies de ces fièvres, c'est après la terminaison immédiate par la santé, le mode de terminaison le plus fréquent de ces maladies.

La marche périodique des phénomènes morbides se montre toujours à un certain degré dans toutes les formes des maladies dyspepsiques.

Dans les dyspepsies simples on reconnaît, à côté des phénomènes qui se rattachent immédiatement à l'état morbide abdominal qui sont continus, tous ceux qui sont

produits médiatement, comme la céphalalgie, les douleurs contusives des membres, les vertiges, le sentiment d'une faiblesse générale, la sensation de froid, etc. Ces derniers symptômes se montrent avec des recrudescences paroxystiques, ou même avec des alternatives de suspension et de retour évidemment périodique, suivant le plus fréquemment le type ternaire ou hémiternaire.

Pour les fièvres assodes cette marche des accidents est encore bien plus prononcée. Lorsque ces fièvres sont rémittentes, non seulement les paroxysmes annoncent la marche périodique sous le type quotidien, ternaire ou hémiternaire; mais la forme même de ces paroxysmes, qui présentent à un degré plus ou moins prononcé, les trois stades de frisson, chaleur et sueur, décèle une fièvre comparable, au moins par l'apparence de ses phénomènes pyrétiques, aux fièvres intermittentes proprement dites. Dans les fièvres assodes rémittentes légères, et même souvent au déclin de ces fièvres, les paroxysmes se séparent, leurs intervalles sont d'autant plus prononcés que les symptômes dyspepsiques proprement dits, qui sont continus, sont devenus moins évidents en perdant de leur intensité. Les fièvres dyspepsiques éphémères, quelque rapide que soit leur marche, participent souvent de la forme périodique par les rémissions et les exacerbations pyrétiques qui surviennent pendant leur courte durée, avec les stades successifs de frisson, chaleur et sueur. Après la terminaison apparente de ces fièvres assodes éphémères, il arrive souvent que les accidents pyrétiques affaiblis se reproduisent encore d'une manière fugace et progressivement décroissante pendant plusieurs jours comme de petits paroxysmes fébriles. La marche périodique des accidents souvent inaperçue pendant toute l'intensité des fièvres assodes continues, se revèle dans la plupart des cas, dès que ces fièvres commencent à décroître, par la manifestation de plus en plus prononcée des rémissions et des exacerba-

tions périodiques, et même quand le décroissement de la maladie est tout à fait accompli, par des intervalles d'apyrexie périodiquement renouvelés. Les fièvres dyspepsiques chroniques sont rarement tout à fait continues, eu égard à leurs symptômes pyrétiques, dont la succession présente fréquemment le type régulier des fièvres intermittentes. Les fièvres assodes ataxiques ont aussi une marche rémittente et même tout à fait intermittente dans la succession des exacerbations et des paroxysmes fébriles, et surtout dans le renouvellement des accidents nerveux qui leur donnent le caractère ataxique.

1899. Ces remarques font aisément comprendre la facilité avec laquelle des maladies, dont les symptômes ont toujours une propension évidente à se reproduire et à se suspendre suivant une marche périodique régulière, se convertissent en fièvres dans lesquelles cette marche est constante et essentielle; elles expliquent comment on a pu arriver à considérer les fièvres intermittentes proprement dites comme ne constituant qu'une forme particulière des autres maladies pyrétiques, et spécialement des fièvres assodes. On sait que cette doctrine a été adoptée par Pinel : nous en discuterons la valeur lorsqu'il sera question des fièvres intermittentes proprement dites. Nous en tenant ici aux résultats des observations cliniques sur les symptômes des fièvres assodes, nous insistons d'abord sur la marche périodique que prennent, dans la plupart des cas, et que tendent toujours à prendre les phénomènes pyrétiques proprement dits et presque tous les symptômes qui surviennent dans ces maladies. Nous remarquons ensuite que dans la plupart des cas tous les phénomènes de ces maladies, périodiques ou non, tendent à se terminer, soit en interrompant leur manifestation, soit en perdant de leur intensité progressivement, ou en prolongeant les intervalles de leurs retours.

Comment s'annonce la

1900. On reconnaît la conversion des fièvres dyspe-

psiques en fièvres intermittentes quand les retours et les rémissions des accidents fébriles, persistent sans se modifier, nonobstant la diminution ou même la cessation des accidents dyspepsiques proprement dits; on ne peut plus douter qu'elle n'existe quand, à mesure que se succèdent les paroxysmes, l'on voit se prononcer plus nettement les stades pyrétiques des accès sous les formes du frisson, de la chaleur et de la sueur, et surtout lorsqu'on remarque en même temps la tuméfaction de la rate ou du foie, et les symptômes cachectiques extérieurs qui se lient à la présence des fièvres intermittentes proprement dites, même après un petit nombre d'accès.

conversion des fièvres assodes en fièvres intermittentes.

Cette terminaison par métaptose a été également observée pour toutes les fièvres assodes; elle est surtout commune pour les formes rémittentes et chroniques de ces maladies. Elle s'observe aussi après les fièvres qui ont des épiphénomènes intenses, et surtout des épiphénomènes diacritiques. Dans ces cas même, la maladie passant à l'état de fièvre intermittente, ne se sépare pas de ces épiphénomènes, qui constituent même, quelquefois alors, le symptôme le plus prononcé de chacun des paroxysmes fébriles. Ainsi Stoll a rapporté des exemples de terminaison de fièvres bilieuses dysentériques par une fièvre intermittente dans les paroxysmes de laquelle revenaient les déjections dysentériques [1].

De la terminaison des fièvres assodes par conversion en typhus.

1901. Toutes les maladies fébriles quelconques, même les fièvres traumatiques, peuvent, dans des circonstances données, se convertir en typhus; mais de toutes les maladies fébriles, les fièvres assodes sont celles qui se terminent le plus fréquemment par ce mode de métaptose : c'est cette conversion fâcheuse de ces maladies que l'on désignait autrefois par l'expression de passage à l'état de fièvre putride ou de fièvre putride maligne. Cette métaptose se montre dans toutes les épidémies de fièvres dyspepsiques sur un certain nombre de malades; elle s'annonce, au

[1] *Rat. med.*; t. III. *De nat. dysent.* § 2.

plus haut degré d'intensité de la fièvre assode, par l'intensité extrême des symptômes de prostration des forces, l'empreinte de stupeur sur la face qui se prononce de plus en plus, et enfin la manifestation de l'éruption pétéchiale. La maladie, en se convertissant ainsi en typhus, prend toujours, si elle ne l'avait déjà, une marche continue, pendant laquelle se succèdent les périodes de réaction intense, d'éruption pétéchiale, et de collapsus adynamique ordinaires à tous les typhus, soit idiopathiques, soit deutéropathiques; seulement, dans tous ces cas, la maladie typhode conserve à un degré plus ou moins prononcé des symptômes qui lui appartenaient comme fièvre assode, tels que les symptômes dyspepsiques proprement dits, des exacerbations paroxystiques plus ou moins marquées, la teinte ictérique des conjonctives et des téguments, les évacuations bilieuses ou muqueuses, etc. Les divers épiphénomènes qui se remarquent dans les fièvres dyspepsiques ou qui sont communs dans l'épidémie régnante et les phénomènes provenant de la condition morbide initiale, se trouvent ainsi joints aux symptômes propres du typhus, en lequel s'est convertie la maladie assode. C'est surtout à cause de cette circonstance que, pour les médecins du dernier siècle, la forme qu'ils appelaient putride, maligne, ou encore pétéchiale, à laquelle arrivent quelquefois les fièvres dyspepsiques, surtout dans les épidémies, n'était que le plus haut degré d'intensité des fièvres gastriques bilieuses ou pituiteuses : assimilation erronée parce qu'elle faisait exception à la fois de toutes les fièvres typhodes primitives qui ne ressemblent à aucune de leurs périodes aux fièvres dyspepsiques, et de toutes les fièvres gastriques bilieuses ou pituiteuses qui arrivent souvent au plus haut degré d'intensité, quelquefois jusqu'au point de se terminer d'une manière funeste, sans pour cela se convertir en fièvre typhode caractérisée pendant la vie, et sans occasionner les lésions d'organes propres aux fiè-

vres typhodes ou pétéchiales. Cette erreur est cependant plus facile à comprendre que celle de quelques modernes, qui ne voient dans toutes les maladies fébriles, et surtout dans toutes les fièvres dyspepsiques, que des degrés plus ou moins infimes des fièvres typhodes, parce qu'ils ont trouvé sur les cadavres des personnes qui ont succombé après des fièvres assodes converties en typhus des lésions anatomiques qui sont des phénomènes habituels de ces dernières maladies. Dans cette doctrine on ne tient aussi point compte des faits que nous venons de reprocher aux médecins du dernier siècle d'avoir méconnus, et de plus on considère comme caractère de toutes les maladies fébriles dyspepsiques des lésions d'organes abdominaux qui n'appartiennent qu'à ces maladies converties en typhus, et qui, même encore pour ces derniers, ne sont que des phénomènes de la maladie, et non les lésions essentielles et constitutives de cette maladie.

Des conditions de la terminaison des fièvres assodes par conversion en typhus.

1902. La conversion des fièvres assodes en typhus est d'autant plus à craindre qu'elles sont plus graves, et surtout que leurs symptômes dyspepsiques proprement dits sont plus prononcés. Cette métaptose se manifeste assez fréquemment pour les fièvres dyspepsiques qui ont des épiphénomènes intenses, surtout quand ces épiphénomènes sont des phlegmasies graves, comme par exemple des pneumonies. Stoll a surtout insisté sur cette terminaison des fièvres dyspepsiques qui ont ce dernier mode de complication : il indique comme symptômes qui l'annoncent la faiblesse des battements des artères et du cœur, évidente quand le pouls devient précipité, faible et disparaissant facilement sous la pression des doigts, si la tête se perd, si l'action des sécrétions languit[1]. Ces symptômes de la transition de la maladie à la forme typhode sont observés en effet dans tous les cas où cette métaptose s'accomplit; ils sont d'autant plus marqués, quand ils s'agit des

[1] Stoll, *Rat. med.*, ann. 1776, in mens. mart.

fièvres assodes compliquées d'épiphénomènes graves, que ces accidents persistent le plus ordinairement dans le typhus secondaire et ajoutent encore à la gravité de l'influence qu'il exerce sur tout l'organisme.

Symptômes qui se montrent dans la convalescence des fièvres dyspepsiques.

1903. Les fièvres dyspepsiques éphémères ne laissent après elles qu'une convalescence courte, dont la marche n'est guère troublée que par de faciles récidives des accidents de la dyspepsie nidoreuse simple. Quand les fièvres dyspepsiques ont été prolongées et intenses, elles sont toujours suivies d'une convalescence longue, pendant laquelle la faiblesse est ordinairement assez grande, lorsque surtout la maladie a été précédée de prodromes dyspepsiques prolongés et intenses, et qu'elle a déterminé des évacuations assez considérables. Les fonctions digestives reprennent toujours lentement leur activité après ces maladies, et, pour les plus légères causes, les convalescents sont pris de dyspepsies nidoreuses qui ont le plus souvent pour symptôme le plus prononcé des diarrhées muqueuses ou bilieuses. La convalescence de ces maladies est aussi souvent troublée par une dyspepsie cardialgique plus ou moins vive, tantôt continue, tantôt reproduite par intervalles.

Il est rare que pendant le commencement de la convalescence, comme durant la première semaine après la cessation d'une fièvre dyspepsique, quand elle a eu une certaine intensité, il n'existe pas quelque phénomène anomal souvent peu prononcé, qui se rapporte nécessairement à un état comme intermédiaire entre la santé et la maladie : tantôt c'est une sueur locale plus ou moins étendue qui revient à certains instants du jour et le plus souvent pendant la nuit vers le matin ; d'autres fois c'est une excrétion plus ou moins abondante d'urines rougeâtres, sédimenteuses, briquetées ou comme muqueuses; dans quelques cas, ce sont des selles diarrhéiques peu abondantes plus ou moins fréquentes. Les vésicatoires, s'il en a été appliqué pendant la maladie, restent souvent suppu-

rants ou même s'ulcèrent. Chez quelques uns et, dans certaines constitutions épidémiques, chez la plupart des convalescents, des éruptions furonculeuses, pustuleuses, lichénoïdes, vésiculeuses, etc., se manifestent et se reproduisent pendant un certain temps après la cessation de la fièvre assode.

De la manifestation de l'anasarque dans la convalescence des fièvres assodes.

1904. Parmi les accidents qui se montrent ainsi pendant la convalescence des fièvres dyspepsiques, l'anasarque est un des plus fréquents, surtout après les fièvres assodes qui ont eu une assez grande intensité sous la forme de fièvre pituiteuse, ou qui se sont prolongées pendant longtemps soit à l'état de dyspepsie simple, soit à celui de fièvre assode chronique. Cet accident était commun dans l'épidémie de Gœttingue. Il s'observe quelquefois après les fièvres rémittentes bilieuses des tropiques. C'est peut-être l'épiphénomène de la convalescence le plus commun à la fin des dyspepsies fébriles muqueuses des jeunes enfants; il n'est même pas rare qu'il se montre dès que la maladie dépasse sa période d'état et commence à décroître. Nous n'avons jamais vu cette anasarque suivie d'accidents fâcheux; lorsqu'elle s'est développée dès le moment où la maladie commençait à diminuer, elle disparaît presque toujours dès que des évacuations critiques surviennent soit au début de la convalescence, soit après que la convalescence est confirmée. Lorsqu'elle ne survient qu'au moment de la convalescence décidée, elle cesse progressivement à mesure que les forces se rétablissent, ou rapidement au bout de quelques jours par la manifestation des évacuations critiques si fréquentes à cette époque de la maladie.

Nous ne connaissons pas d'état morbide local déterminé survenant pendant la durée des fièvres dyspepsiques ou à leur déclin qui puisse être considéré comme cause spéciale de cet accident. Nous l'avons souvent observé chez les jeunes enfants les mieux constitués et avec des accidents dyspepsiques et fébriles d'ailleurs modérés; nous l'avons quel-

quefois vu survenir chez des adultes qui se trouvaient aussi dans les conditions d'état constitutionnel que l'on considère comme les moins propres à favoriser les maladies œdémateuses, et qui ne présentaient d'ailleurs pas de symptômes d'affection d'aucun organe interne propre à produire l'anasarque. Nous venons encore d'observer cet accident à un degré très prononcé chez un jeune homme de dix-neuf ans, d'une forte constitution, au terme d'une fièvre dyspepsique éphémère bien tranchée, qui n'a été combattue que par la diète et des boissons délayantes. L'œdème a commencé aux pieds dès le jour où la fièvre a cessé : il s'est élevé jusqu'aux cuisses, et a persisté pendant trois à quatre jours; il a ensuite diminué et n'a tout à fait disparu qu'au bout de six à sept jours; les accidents dyspepsiques étaient entièrement terminés deux jours après la cessation de la fièvre, et le convalescent avait repris son appétit et l'activité de ses fonctions digestives; les urines coulaient en quantité égale à celle des boissons, et ne présentaient aucune altération; l'ébullition et l'addition de l'acide nitrique ne démontraient point dans ce liquide la présence de l'albumine. Rien n'indiquait la moindre lésion viscérale.

Des douleurs articulaires dans la convalescence des fièvres asodes.

1905. On voit survenir assez souvent pendant la convalescence des fièvres dyspepsiques des douleurs articulaires comme rhumatismales plus ou moins intenses. Cet accident est d'autant plus à craindre que la maladie a duré plus long-temps, soit sous la forme de dyspepsie nidoreuse simple, soit sous celle de fièvre dyspepsique. Le plus souvent, quand cet accident de la convalescence arrive, les malades conservent à un certain degré d'intensité des symptômes dyspepsiques. Stoll pensait que les affections articulaires arrivent surtout après les fièvres dyspepsiques bilieuses supprimées par un usage prématuré du quinquina, ou qui ont disparu peu à peu d'elles-mêmes[1]. Nous avons plu-

[1] *Ratio med.* eph., ann. 1776 in mens. oct., t. I.

sieurs fois vu disparaître rapidement ces douleurs rhumatismales de la fin des fièvres dyspepsiques, après la manifestation d'évacuations diarrhéiques mucoso-bilieuses ou de flux d'urines, survenant spontanément ou provoqués par les moyens de l'art.

Rapport de divers accidents de la convalescence avec la fièvre assode.

1906. La manifestation de ces divers accidents est évidemment liée aux conditions constitutives de l'état morbide qui persistent encore dans la convalescence tout en s'effaçant progressivement; ces phénomènes insolites vont ordinairement en s'atténuant à mesure que la santé se consolide. S'ils s'interrompent subitement, ou si l'on détermine cette interruption par une médication mal entendue, la progression du rétablissement se suspend et la convalescence reste imparfaite, ou bien l'on voit se manifester une récidive ou quelque autre phénomène morbide plus ou moins grave, soit diacritique, soit inflammatoire.

Des récidives des fièvres assodes.

1907. Les récidives des fièvres dyspepsiques arrivent souvent et avec une très grande facilité, surtout pendant les constitutions épidémiques qui multiplient ces maladies. On en trouve sans doute la cause dans la continuité des influences morbigènes, mais elle se reconnaît aussi évidemment dans les conditions anomales que la maladie terminée laisse subsister dans l'organisme, puisque les récidives arrivent très souvent sans causes connues pendant la convalescence des fièvres dyspepsiques, dont la production n'est point le résultat d'une influence épidémique quelconque.

Les médecins des pays chauds, et notamment des régions tropicales, ont tous insisté sur la fréquence et la facilité des récidives des fièvres dyspepsiques, il nous paraît évident qu'elles arrivent plus facilement encore pour les fièvres de ces contrées que pour les nôtres.

Formes des fièvres assodes récidives.

1908. Les fièvres dyspepsiques récidives sont le plus souvent plus intenses et plus rebelles que celles qui surviennent pour la première fois; elles se rapprochent habituellement

aussi davantage des formes de la fièvre ardente ou au moins des fièvres dyspepsiques continues. Ainsi, chez une personne convalescente d'une fièvre dyspepsique rémittente, rien de plus ordinaire, s'il y a récidive, que d'observer une fièvre continue avec des symptômes des plus aigus, et quelquefois avec des symptômes ataxiques. Cette marche a été encore signalée par les médecins qui ont écrit sur les fièvres des tropiques. H. Marshall l'a observée fréquemment à Ceylan en 1818 (1775).

Une autre forme de récidive des fièvres dyspepsiques que nous avons observée, consiste dans la manifestation réitérée pendant la convalescence de fièvres assodes, qui n'ont pas d'ailleurs été graves, de dyspepsies nidoreuses fugaces, ou même de fièvres dyspepsiques éphémères, qui deviennent plus prononcées à mesure qu'elles se renouvellent, et finissent par l'établissement d'une fièvre dyspepsique chronique.

Modifications de l'état de convalescence par suite des récidives.

1909. Les fièvres dyspepsiques plusieurs fois renouvelées, ou même la dyspepsie nidoreuse qui persiste souvent après les fièvres, ou au moins qui se reproduit avec une extrême facilité pendant leur convalescence, jettent quelquefois les malades dans un état valétudinaire qui n'est qu'une des formes des fièvres assodes chroniques, et qui se fait surtout remarquer par l'intensité des symptômes dyspepsiques. Stoll a offert sur lui-même un exemple de cet état morbide prolongé pendant quinze mois, qui s'est terminé enfin par un typhus bien caractérisé [1]. C'est qu'en effet, une fièvre aiguë assode intense, et très souvent la fièvre typhoïde, sont ordinairement le terme vers lequel tendent ces accidents dyspepsiques chroniques.

§ III. *Des symptômes des dyspepsies et des fièvres assodes épidémiques.*

Circonstances dans lesquelles les maladies assodes sont considérées comme épidémiques.

1910. Les maladies dyspepsiques sont souvent épidémiques dans des agglomérations d'hommes, ou parmi les

[1] *Rat. med.*, eph, ann. 1777, cap. II.

habitants de régions déterminées. Leur manifestation et leur propagation dans le premier cas, sont l'effet de l'influence d'un climat ou de moyens hygiéniques nouveaux sur les hommes rassemblés qui s'y soumettent; dans le second cas, elles dépendent de modifications dans les influences hygiéniques générales, indépendamment de tout changement de position ou d'habitude parmi les populations.

Formes générales des maladies assodes épidémiques.

1911. Considérées sur chaque individu affecté, les affections assodes épidémiques présentent bien les symptômes ordinaires de quelques unes des formes que nous avons décrites, mais elles offrent de plus dans leur manière d'être des modifications spéciales semblables sur tous les sujets qui deviennent malades. Ces modifications, ou plutôt la forme de la maladie qui résulte de leur présence, détermine le caractère propre de l'épidémie dyspepsique, et impose au médecin l'obligation de ne pas considérer seulement les maladies des individus comme des affections dyspepsiques ordinaires, mais comme des affections dyspepsiques qui sont toutes modifiées d'une manière semblable par la cause générale qui les occasionne. Les formes des affections dyspepsiques épidémiques sont indépendantes, le plus souvent au moins, du degré d'intensité de la maladie; elles se caractérisent par certains symptômes ou épiphénomènes dominants, ou par une marche particulière des accidents, ou par des modes spéciaux de terminaison.

Ces particularités, qu'il faut rechercher par l'observation clinique pour toutes les maladies épidémiques, sont surtout importantes à déterminer pour les dyspepsies; car ces dernières maladies se compliquent facilement avec beaucoup d'affections d'organes divers, ou bien elles déterminent comme épiphénomènes, des lésions qui changent leur aspect. Il en résulte la nécessité de rechercher pendant les épidémies dyspepsiques, sous les symptômes des affections les plus diverses, l'empreinte de la maladie dia-

critique gastro-intestinale. Nous allons montrer, par des exemples, comment ces diverses conditions morbides se sont présentées dans quelques épidémies dyspepsiques, et quelle a été la marche de ces maladies populaires, considérées comme de grands actes pathologiques, composés de cas particuliers.

Relation de la fièvre assode épidémique de Lausanne de 1755.

1912. Parmi les épidémies dyspepsiques dont l'histoire a été conservée, celle que Tissot observa à Lausanne en 1755, fut des plus remarquables par le grand nombre de personnes qu'elle affecta. « A peine épargna-t-elle le quart des familles, et dans beaucoup de maisons elle atteignit à la fois deux, trois, et même jusqu'à six personnes. »

« La maladie n'eut pas la même intensité chez tous ceux qu'elle affecta, mais chez tous elle s'annonçait par des signes semblables de surcharge des organes digestifs. On peut diviser les malades en trois classes, d'après l'intensité des accidents qu'ils éprouvaient. Ceux de la première classe ne couraient aucun danger, à moins que l'on ne laissât, en la négligeant, passer la maladie à l'état chronique. Les malades de la seconde classe étaient affectés d'accidents d'une assez grande intensité. Cependant la maladie ne devenait funeste que lorsqu'on la laissait se changer en la forme plus grave de la troisième espèce, en négligeant de recourir à une méthode de curation convenable; on n'observa qu'un petit nombre de cas qui se rapportaient à la troisième classe; mais ils entraînèrent toujours beaucoup de dangers et causèrent la mort de quelques personnes.

» Les malades de la première classe se plaignaient d'abord de lassitude générale, de faiblesse, de pesanteur de tête, d'anorexie, d'un sentiment incommode de froid presque continu, au point qu'ils recherchaient le feu au milieu des ardeurs de l'été. Ils avaient de la somnolence, sans sommeil; la bouche était pâteuse, et la langue salie par une couche saburrhale d'un blanc jaunâtre. Au bout

de trois ou quatre jours et quelquefois plus, les malades étaient pris, vers le soir, d'un frisson qui ne durait quelquefois pas moins d'une ou de deux heures, et même davantage. Ce frisson était suivi d'une chaleur modérée, mais incommode, mordicante, qui semblait âcre au tact du médecin. Chez quelques uns, cette chaleur durait jusqu'à l'aurore du lendemain matin. Tantôt elle cessait peu à peu, sans aucune évacuation sensible; tantôt elle se terminait au bout de quelques heures par une légère moiteur, qui n'était point suivie du repos que l'on observe après la sueur des fièvres intermittentes. Pendant la durée de ce paroxysme, il y avait souvent de la céphalalgie. Dans les premiers jours, le pouls ne différait de son état naturel que par sa faiblesse; il était plus petit pendant le frisson; il était vite, contracté et fréquent, pendant la chaleur: cependant il ne s'élevait jamais au delà de cent pulsations. Après le paroxysme les malades retombaient dans la langueur; ils pouvaient quitter le lit, mais ils étaient dans l'impossibilité de vaquer à leurs affaires; ils étaient accablés et se traînaient de leur siége à leur lit, et du lit au foyer. Le paroxysme revenait tous les jours, sans être assujetti à une marche et à des heures fixes, et sans présenter toujours les mêmes accidents; un grand nombre de malades avaient plusieurs fois par jour et sans marche déterminée des alternatives de froid et de chaleur, et même chez plusieurs la recrudescence paroxystique, au milieu de l'état de langueur continu dans lequel ils étaient, ne se marquait vers le soir que par plus d'anxiété et de faiblesse. Ces malades ne furent pas plus promptement guéris que les autres.

» Il y avait des malades, principalement des femmes âgées, qui n'éprouvaient pour tout accident que de l'anorexie, de la faiblesse et de l'insomnie; quelques uns avaient surtout de la douleur à l'estomac. Chez tous, la maladie ne se terminait pas avant plusieurs semaines. Tissot vit plusieurs personnes déjà malades depuis quinze jours, sans avoir

éprouvé d'accidents intenses qui les eussent déterminées à consulter le médecin ; les symptômes persistaient sans avoir éprouvé de changements, seulement la chaleur et la faiblesse avaient augmenté au point de faire redouter une fièvre lente. Au début de la maladie, le ventre était serré ; à la fin il devenait plus libre. Les urines étaient ténues et crues dans l'apyrexie; elles étaient plus rouges dans l'intensité du paroxysme; elles devenaient cuites et sédimenteuses au déclin de la maladie. Le plus petit nombre éprouvaient de la soif. La maladie, sous la forme qui vient d'être décrite, affecta surtout les enfants et les femmes ; très rarement les hommes qui étaient dans la force de l'âge. Les vieillards furent épargnés par le degré le plus élevé de la maladie; quant à la forme la plus intense, elle n'affecta que des hommes de quinze à quarante ans, et fit périr presque tous les plus robustes.

» La maladie au deuxième degré ne différait pas beaucoup de la maladie au premier degré par ses symptômes initiaux; mais au bout de quelques jours tous les accidents prenaient une plus grande intensité; la faiblesse augmentait; les nausées remplaçaient la simple anorexie, mais elles allaient rarement jusqu'aux vomissements spontanés; la chaleur devenait plus âcre, et les paroxysmes plus intenses; les premiers débutaient par un frisson léger qui, dans les suivants, n'était plus qu'un froid à peine senti; la chaleur s'élevait progressivement vers le soir, et le pouls devenait en même temps plus fréquent; chez quelques malades il atteignit cent seize pulsations par minute. Plusieurs avaient en même temps une très vive céphalalgie. Au bout de quatre ou cinq heures, la fièvre diminuait le plus souvent sans sueur. La diaphorèse n'était pas d'ailleurs regrettable; car au déclin de la maladie elle était utile, mais pendant son intensité elle était nuisible; plus elle était abondante, plus le paroxysme suivant était intense. L'apyrexie ne devenait jamais complète; c'était

même là un symptôme pathognomonique pour distinguer la deuxième période de la maladie de la première; les urines étaient ténues, rouges et peu abondantes; les selles étaient spontanées, rares et peu considérables; la langue était sèche, avec une couche saburrhale jaunâtre. Le sommeil était presque nul, inquiet, agité, et ne reposant presque pas les malades; la soif était plus vive que dans la première période, elle était cependant moindre qu'on ne l'eût pensé d'après la chaleur fébrile; la face était d'un jaune pâle; les malades maigrissaient rapidement; les paroxysmes se succédaient avec plus de régularité que dans l'état de moindre intensité de la maladie.

» La maladie épidémique n'atteignait pas ordinairement un plus haut degré de gravité que par l'influence d'une médication inconsidérée. Chez quelques sujets cependant qui avaient été convenablement traités, et dont la maladie semblait même en voie de décroissement, les symptômes les plus graves se montrèrent le septième ou le huitième jour. Ainsi des malades laissés le soir sous l'imminence d'un paroxysme qu'on espérait devoir être léger, passaient la nuit la plus pénible et étaient le lendemain dans un état de danger, ayant le pouls fréquent et très vite, un délire commençant, le ventre météorisé; c'étaient ces deux symptômes qui distinguaient le plus haut degré de la maladie : alors plus de régularité dans les exacerbations qui revenaient à toute heure, pouls tellement fréquent que ses pulsations pouvaient à peine être comptées; soubresauts de tendons, anxiété et agitation continuelles, yeux larmoyants et fixes, délire violent et presque phrénétique; chez les uns et chez les autres calme presque léthargique ; les premiers parlaient continuellement, les autres étaient dans un état de taciturnité morose et ne se plaignaient pas, quoiqu'ils portassent fréquemment leurs mains à la tête, ce qui indiquait qu'ils avaient une céphalalgie intense; interrogés par le médecin, ils

disaient qu'ils se portaient bien. Le météorisme abdominal faisait des progrès surtout vers les hypochondres, la respiration se raccourcissait et devenait de plus en plus anhéleuse; rarement il survenait de la toux. Les selles étaient irrégulières, liquides, grasses, colliquatives, quelquefois bilieuses, ce qui était d'un heureux présage; souvent blanches et écumeuses, ce qui fut toujours d'un prognostic funeste. Les urines étaient crues; elles variaient chaque jour, tantôt blanches, tantôt brunes, jumenteuses, troubles, grasses, rougeâtres, colliquatives; si elles présentaient un énéorème, il occupait toujours la partie supérieure; les selles étaient rendues involontairement et sans que les malades s'en aperçussent. Cinq malades qui eurent des pétéchies périrent; il ne survint point d'hémorrhagies qui ne fussent mortelles; la soif était nulle, quoique la langue fût sèche, noire, tremblante; la voix était gémissante, le tremblement général; les malades ramassaient des flocons et chassaient aux mouches; après une extrême agitation, la faiblesse arrivait à son plus haut degré, et les malades succombaient.

» Dans toutes les formes et à tous les degrés de la maladie, les paroxysmes se succédaient sous le type ternaire, de manière que, de deux jours l'un, les accidents devenaient toujours plus graves; ils arrivaient à leur plus haut degré d'intensité du dix-septième au vingt-cinquième jour. Tissot n'a vu que deux hommes qui périrent après le trente-cinquième jour.

» L'épidémie eut son intensité extrême, du commencement de juin à la fin d'octobre; il y eut encore quelques malades pendant l'hiver suivant qui fut chaud et pluvieux. Il y eut quelques cas de ces maladies et des plus intenses dans l'été de 1756 et le printemps de 1757 [1]. »

De la forme des accidents dyspepsiques proprement dits

1913. On voit, d'après la description que nous venons

[1] S. A. D. Tissot, *Hist. feb. epid. bil. Lausannensis*, p. 3. Lausannæ. 1790. In-8°.

d'emprunter à Tissot, que dans la maladie épidémique de Lausanne les symptômes dyspepsiques proprement dits (1710) existaient chez tous les malades et à toutes les périodes de la maladie. Ainsi, dès l'invasion des accidents, l'on voyait survenir l'anorexie, la bouche devenait pâteuse, la langue saburrhale; le plus grand nombre avaient d'abord de la constipation, puis ensuite des évacuations se manifestaient. A ces symptômes de la dyspepsie les plus directs, puisqu'ils se rapportent immédiatement au trouble des fonctions digestives, se liaient les symptômes généraux habituels dans cette maladie : la courbature, la céphalalgie, une faiblesse générale, un sentiment de froid qui faisait rechercher le feu même dans l'été, etc. (1711); tels étaient les symptômes dyspepsiques à la première période et dans l'état le moins grave de la maladie, qui fut au surplus la forme la plus commune de la maladie épidémique, puisque sur le plus grand nombre des malades, les accidents ne furent pas plus intenses. Dans le deuxième stade de la maladie, à mesure qu'elle prenait de l'intensité, les symptômes dyspepsiques devenaient encore plus prononcés; les nausées remplaçaient la simple anorexie; les selles étaient rares, spontanées et peu considérables; la langue était ardente, couverte d'une couche saburrhale, jaunâtre. Les symptômes généraux de la maladie assode s'aggravaient aussi; la faiblesse augmentait; la céphalalgie devenait très vive; les urines étaient ténues, rouges, peu abondantes; le sommeil était inquiet, agité, non réparateur; la face était d'un jaune pâle, etc.

dans l'épidémie de Lausanne.

1914. Les symptômes pyrétiques consistaient principalement dans l'état fébrile joint aux phénomènes généraux de la dyspepsie; ils n'étaient en réalité que les phénomènes extérieurs et habituels de la dyspepsie portés à un degré d'intensité considérable; ainsi les malades de Lausanne, outre l'état de malaise avec frissons vagues, sentiment de faiblesse et de courbature générale, qui se trouve

Des symptômes fébriles dans l'épidémie de Lausanne.

chez ceux qui ont une dyspepsie ordinaire, se plaignaient d'une vive céphalalgie, de nausées, d'un sentiment de langueur et de froid général continu, d'une faiblesse extrême portée jusqu'à l'adynamie, et ces accidents s'aggravaient tous les jours, à des heures irrégulières, sous la forme ordinaire d'un paroxysme fébrile, etc. Si ensuite la maladie arrivait à un plus haut degré d'intensité, la fièvre devenait continue comme les symptômes dyspepsiques proprement dits, sans cependant cesser d'avoir des exacerbations paroxystiques; elle acquérait une très grande intensité, due surtout aux accidents nerveux, tels que du délire, de l'agitation, des soubresauts de tendons, etc. Les symptômes réactionnels étaient ainsi tellement prononcés qu'il était évident que c'était surtout par l'influence qu'elle exerçait sur toute l'économie, et principalement sur les fonctions des grands appareils circulatoires et nerveux que l'affection morbide, qui se décélait d'abord comme une simple dyspepsie, troublait tout l'organisme.

Caractère général de la maladie assode épidémique de Lausanne.

1915. La maladie épidémique de Lausanne n'a guère présenté que la forme aiguë et intense des dyspepsies que les auteurs ont spécialement désignées par l'épithète de bilieuses. Dans presque tous les cas, la forme paroxystique rémittente de la maladie a été prononcée, et lors même que la maladie a pris la marche continue, les exacerbations sont restées en général asservies au type ternaire. La maladie s'est terminée d'une manière heureuse chez la plupart des malades, parce qu'elle n'a été chez eux qu'une simple dyspepsie nidoreuse, maladie qui n'a pas ordinairement d'issue fâcheuse (1727 *et sqq.*). La terminaison funeste s'est produite dans les cas graves, par le passage de la maladie à l'état de typhus, comme le prouve la manifestation des pétéchies, signalées dans ces cas par Tissot. Dans presque toutes les épidémies de fièvres dyspepsiques dont la description a été conservée, des métaptoses typhodes ont été signalées explicitement par un

énoncé formel, ou implicitement par l'indication de véritables symptômes typhodes survenant dans le cours de la maladie.

Des maladies dyspepsiques épidémiques à Gœttingue en 1760.

1916. La ville de Gœttingue, assiégée en 1760, avec une garnison de huit mille hommes resserrés dans ses murs, fut ravagée par des maladies épidémiques, dont Rœderer et Wagler ont fait le sujet d'une monographie sous le nom générique de maladies muqueuses. La maladie principale et la plus répandue était une fièvre gastrique muqueuse; c'est cette maladie que ces médecins appelèrent fièvre muqueuse aiguë bénigne. Sous l'influence des conditions fâcheuses qui naissaient à la fois de la gravité de la maladie, chez des sujets placés dans une place assiégée, et par l'effet de toutes les causes d'infection qui résultaient de toutes les circonstances d'un siége porté au point d'amener la famine, la fièvre se convertissait souvent en fièvre évidemment typhode; c'est alors que Rœderer et Wagler la désignaient sous les noms de fièvre muqueuse maligne, ou de fièvre muqueuse putride et soporeuse. Ces formes fébriles sont des modes de terminaison des fièvres muqueuses aiguës arrivant par l'effet de causes déterminées; les fièvres muqueuses bénignes seules ne présentèrent que les accidents propres à cette forme de la maladie dyspepsique, que l'on a désignée sous le nom de fièvre gastrique muqueuse, fièvre pituiteuse, etc.

Description de la fièvre muqueuse épidemique de Gœttingue.

1917. « L'invasion de la fièvre muqueuse que ces épidémiographes qualifient de bénigne, était le plus souvent précédée de prodromes qui consistaient dans des horripilations et une chaleur fugaces; elle débutait ensuite, le plus ordinairement vers le soir, par un frisson et un froid violent auquel se réunissaient quelquefois des nausées et des vomissements spontanés. Pendant la nuit suivante, le malade éprouvait une chaleur vive, proportionnée au frisson antécédent, avec une soif vive et de la céphalalgie plus ou moins intense, occupant surtout le synciput; c'est alors

que survenait l'anorexie, si elle n'existait pas encore. Chez la plupart des malades, dès le début des accidents, il y avait des envies de vomir continuelles et de la constipation. On remarquait rarement des sueurs copieuses, et lorsqu'il s'en manifestait, elles n'occupaient presque jamais les parties supérieures. Bientôt une toux abdominale légère, sèche, spasmodique, se déclarait; les vomitifs faisaient toujours rejeter une quantité remarquable de mucus plus ou moins mêlé de bile, quelquefois avec des vers lombrics; le sang extrait des veines était légèrement couenneux; suivant l'intensité des accidents inflammatoires secondaires, surtout chez les personnes pléthoriques, il se manifestait à la poitrine des douleurs pongitives que la toux exaspérait, avec des symptômes qui simulaient des accidents pleurétiques. On remarquait souvent de l'anxiété précordiale, de la respiration difficile, des douleurs aux hypochondres. Cependant les malades étaient agités, leurs forces diminuaient, ils devenaient inquiets et moroses; quelques uns avaient de la somnolence et avaient des rêves pénibles, d'autres avaient une extrême agitation et du délire. Au plus haut degré de la maladie, et lorsque la fièvre était très vive, la diarrhée était remplacée par de la sueur, et il se manifestait de la douleur dans les membres. La diarrhée survenait quelquefois dès le début; le plus souvent, le troisième ou le quatrième jour de la maladie. Les matières évacuées étaient d'abord muqueuses, à mesure que la maladie faisait des progrès, elles devenaient assez souvent en même temps sanguinolentes, plus tard elles devenaient bilieuses. Les déjections étaient par intervalles accompagnées de ténesme et de douleurs très vives tormineuses, qui se faisaient surtout sentir dans la région du colon transverse; assez souvent les malades éprouvaient dans l'abdomen un sentiment de pression, comme si l'intestin était fortement serré, c'est alors que des vers étaient mêlés aux matières fécales; dans ces cas les malades avaient

rarement des éructations, ils étaient quelquefois pris d'une diarrhée douce et modérée, sans colique, qui n'occasionnait aucune fatigue.

« Les pléthoriques avaient la face enluminée quelquefois avec rougeur des extrémités pendant tout le cours de la maladie. L'abdomen chez les enfants, plutôt que chez les adultes, était dur, tendu, douloureux à la pression. Un symptôme assez constant et presque propre à cette maladie, c'était l'excoriation de la bouche avec des aphthes sur les gencives, et une tuméfaction de la langue. La bouche et l'isthme du gosier étaient enduits d'une grande quantité de mucus, qui se desséchait dans l'intensité de la fièvre. La bouche était le siége d'une saveur dépravée, amarescente; la langue était sèche à un léger degré; elle était pâle, luisante, couverte d'une épaisse couche saburrhale blanchâtre, qui devenait jaune brunâtre à la base; elle était dans la plupart des cas, rouge à ses bords et à son extrémité; ses papilles fongueuses allongées et rouges, faisaient saillie au travers de la couche saburrhale. Les urines, au commeucement de la maladie, étaient jaunes, rouges, épaisses sans sédiment; le quatrième jour elles devenaient troubles, avec un sédiment muqueux pulvérulent, blanc, léger, floconneux, mêlé quelquefois à une petite quantité de matière briquetée. Quelques uns rendaient avec une ardeur vive et une difficulté quelquefois prolongée, des urines qui devenaient pâles et crues dans les frissons.

» Il était assez difficile de déterminer les caractères du pouls dans cette maladie. Chez les sujets pléthoriques, tant que subsistait l'état inflammatoire, il était plein et plus ou moins dur et fréquent; mais il perdait ensuite peu à peu sa dureté et sa largeur, à mesure que la résolution de ce qu'il y avait d'inflammatoire dans la maladie, s'accomplissait; il restait fréquent, mais devenait serré et contracté; s'il survenait des accidents spasmodiques ou du délire, il devenait petit et presque effacé, pour reprendre

ensuite sa fréquence et sa dureté, après ces accidents. Aux approches des crises, le pouls s'élevait; il devenait plein, plus large, facilement dépressible, plus mou. Si la diarrhée et si les symptômes abdominaux s'aggravaient, le pouls devenait vite, fréquent, contracté, dur, inégal, irrégulier et même intermittent. »

La fièvre aiguë, dont nous venons de rappeler la description, ne fut pas la seule forme de la maladie épidémique de Gœttingue; ce ne fut même pas la plus commune. Celle qui se montra sur un beaucoup plus grand nombre de personnes fut une véritable dyspepsie nidoreuse, que Rœderer et Wagler ont décrite sous le nom de forme chronique de la maladie muqueuse. Ceux qui en furent affectés n'étaient point retenus au lit, et continuaient à vaquer à leurs affaires. L'appétit s'altérait et diminuait à tel point que, malgré le désir de prendre des aliments, les malades ne les ingéraient qu'avec dégoût, et éprouvaient immédiatement après le repas des nausées et un sentiment de pression épigastrique; plusieurs avaient le matin, à jeun, des nausées et faisaient des efforts de vomissement. Une diarrhée légère qui donnait issue à des matières blanches, plus ou moins muqueuses, survenait, disparaissait et se reproduisait par intervalles. Beaucoup avaient en même temps une petite toux sèche abdominale. Chez quelques uns, il survenait en même temps et en quelque sorte, comme phénomène critique, une ou deux petites ulcérations aphtheuses dans la bouche ou sur la langue, avec une fébricule diurne ou nocturne, ou irrégulière. La plupart de ces malades rendaient des vers par la bouche ou par l'anus, sans avoir éprouvé auparavant de maladie notable. Rœderer et Wagler remarquèrent que cet état morbide se terminait quelquefois par une excrétion muqueuse ou purulente critique, telle qu'une diarrhée muqueuse avec des coliques, une petite toux humide avec expectoration de mucosités, des vomissements muqueux,

des flueurs blanches, le catarrhe nasal ou tout autre. Il paraissait sur diverses parties du corps des pustules, des excoriations, ou quelques petits ulcères ou exanthèmes; les lèvres ou les gencives s'ulcéraient; l'intérieur de la bouche, la langue, la muqueuse gingivale, se gonflaient ou se couvraient d'aphthes. Toutes les fois qu'une petite fièvre se joignait aux accidents de la maladie, il survenait des sueurs le matin, ou pendant la nuit; les urines troubles, limoneuses, déposaient un sédiment muqueux, etc. On pouvait aussi rapporter aux terminaisons critiques de ces maladies un gonflement œdémateux autour des malléoles qui disparaissait souvent après l'expulsion des vers; la maladie dégénérait quelquefois en ictère, maladie alors assez commune. Cette forme de la maladie muqueuse se changeait dans quelques cas en une fièvre muqueuse aiguë [1]. »

Marche de l'épidémie assode de Gœttingue ses rapports avec les maladies qui l'ont précédée.

1918. Les épidémies assodes, comme toutes les autres, participent presque toujours à un certain degré de la nature des maladies populaires qu'elles remplacent, tout comme elles laissent leurs traces sur celles qui les suivent. L'épidémie de Gœttingue est, sous ce rapport même, très remarquable. Une épidémie dysentérique commença dans cette ville au mois d'août 1760, et régna jusqu'au mois de novembre. Cette maladie n'était pas franchement inflammatoire; elle présentait, avec les symptômes de catarrhe du gros intestin qui caractérisent surtout la dysenterie, des phénomènes de dyspepsie muqueuse tranchés, tels que les nausées, les vomissements, l'état saburrhal de la langue, des excrétions alvines mucoso-bilieuses abondantes, etc. Sous ce rapport, cette dysenterie était comme la première période de la maladie épidémique muqueuse; elle offrait aussi cette particularité de présenter à la fois la stomatite aphtheuse et le catarrhe du colon et du rectum. Cette cir-

[1] J. G. Rœdereri et C. G. Wagleri, *Tract. de morbo mucoso*, sect. II, § II, III, IV. Edent. Wrisberg; Gœttingæ, 1783, in-12.

constance, propre à cette épidémie, se retrouva dans la forme des accidents qui lui survécurent, lorsqu'elle fut transformée en fièvre assode populaire. C'est au mois de novembre que cette transformation s'accomplit. Les premiers phénomènes qui l'annoncèrent, et qu'on peut considérer comme les prodromes de l'épidémie, furent de légers symptômes d'embarras gastro-intestinal muqueux, avec des excrétions vermineuses; ce ne fut qu'à la fin de l'année, par conséquent en décembre, que la maladie prit un caractère prononcé d'épidémie muqueuse. Dans le mois de novembre, la maladie était légère, et peu de personnes y succombèrent; mais à la fin de l'année, elle affectait un grand nombre de personnes, faisait beaucoup de victimes, et imprimait déjà son caractère aux maladies chroniques. Elle avait en général la forme de fièvre rémittente hémitritée (1747); cependant chez plusieurs la maladie prenait la marche continue, avec des symptômes évidents de phlegmasie gastro intestinale; chez les enfants elle avait la forme de maladie chronique, dans laquelle prédominait la diarrhée; enfin chez quelques malades seulement la phlogose de la muqueuse oculaire se joignait à celle de la muqueuse buccale et du gros intestin, et constituait l'épiphénomène dominant de la fièvre dyspepsique rémittente ou continue. Au mois de mars, la maladie avait chez beaucoup le caractère inflammatoire; elle était le plus souvent continue; c'est alors que l'on observa le plus de conversions en typhus. Au mois d'avril, la fièvre épidémique subit un changement remarquable; l'ictère devint un phénomène plus fréquent, et les symptômes que les auteurs ont spécialement assignés aux dyspepsies bilieuses se montrèrent d'une manière de plus en plus prononcée; alors la fièvre épidémique décrut et pour le nombre des malades et pour l'intensité des accidents. La périodicité devint plus prononcée, et la terminaison, par conversion en fièvre intermittente, fut la plus fréquente.

1919. Les fièvres assodes ont, parmi leurs symptômes, des phénomènes généraux que nous avons désignés sous le nom de dyscrasiques (1839 *et sqq.*), et qui ne peuvent se rapporter immédiatement ni aux lésions gastro-intestinales, ni au trouble fonctionnel du tube digestif. Ces phénomènes sont ordinairement des plus marqués dans les fièvres assodes épidémiques. Dans l'épidémie dyspepsique de Gœttingue de pareils symptômes se montrèrent même comme empreints de l'influence épidémique chez ceux que la maladie affecta à un léger degré, non seulement dans les hôpitaux, mais même chez les personnes aisées; à peine vit-on, pendant l'épidémie, réussir une seule opération chirurgicale; il survenait toujours des suites fâcheuses, quelque légères que fussent les plaies accidentelles : la nature louable de la phlegmasie traumatique s'altérait; la fièvre muqueuse, tantôt aiguë, tantôt chronique, survenait; le pus devenait de mauvaise qualité; la consolidation se suspendait, ou si la cicatrice était achevée, elle se rompait avec une extrême facilité. Cette influence des constitutions épidémiques sur les phlegmasies traumatiques, la facilité avec laquelle ces phlegmasies se compliquent de la maladie épidémique, les effets de cette maladie sur l'inflammation pyogénique et sur la cicatrisation en voie d'accomplissement ou déjà achevée, sont des phénomènes que les grands chirurgiens n'ont jamais manqué de signaler. C'est d'eux que se déduit l'important précepte de tenir toujours compte dans le traitement des maladies externes et pour la pratique des opérations de l'influence des épidémies dyspepsiques qui peuvent régner.

Des symptômes dyscrasiques de la maladie assode épidémique de Gœttingue.

1920. En comparant les épidémies de Lausanne et de Gœttingue, on trouve entre les maladies assodes qui les ont constituées des rapports et des différences qu'il importe de signaler pour faire comprendre toutes les variétés d'accidents qui peuvent se présenter dans les maladies dyspepsiques.

Comparaison des maladies épidémiques de Lausanne et de Gœttingue.

Ces deux maladies n'ont régné l'une et l'autre que pen-

dant un temps peu considérable : l'épidémie de Lausanne se manifesta au commencement de juin, et cessa à la fin d'octobre; l'épidémie de Gœttingue commença à la fin de novembre, et se termina dans le mois de mai de l'année suivante. Ainsi l'épidémie de Lausanne régna pendant l'été et l'automne durant quatre mois, et celle de Gœttingue durant l'hiver et le printemps pendant cinq à six mois. Ces circonstances sont importantes, à cause des formes plus spéciales de ces maladies : l'une, celle de Lausanne a présenté ces symptômes, à cause desquels les fièvres gastriques ont été plus spécialement désignées sous le nom de bilieuses, elle s'est rapprochée de la forme des fièvres rémittentes des pays chauds; à Gœttingue, c'est surtout la forme pituiteuse ou muqueuse qui prédominait. La fièvre de Gœttingue avait un caractère de continuité très prononcé qui faisait que les paroxysmes étaient peu évidents, tandis qu'à Lausanne c'était la forme rémittente qui prédominait, au point que la fièvre était presque intermittente. Les accidents fébriles, les phénomènes dyspepsiques eux-mêmes étaient bien plus aigus, et déterminaient une perturbation bien plus prononcée dans tout l'organisme, surtout dans les paroxysmes de la fièvre, à Lausanne, qu'ils ne le faisaient dans la fièvre de Gœttingue. Dans cette dernière maladie, la marche des accidents, l'intensité des symptômes, étaient quelquefois si lentes, que Rœderer a vu souvent la maladie prendre dès son début une marche chronique; rien de semblable ne s'est manifesté à Lausanne; on n'y observait, avec la forme chronique, que les accidents dyspepsiques qui succédaient quelquefois à la maladie mal traitée ou abandonnée à elle-même.

Dans l'épidémie de Lausanne la manifestation des diarrhées ne se montra que dans les formes les plus graves de la maladie, ou comme accident critique dans les fièvres éphémères et rémittentes. A Gœttingue, la diarrhée existait dans presque tous les cas, et les symptômes dyspepsiques

étaient plutôt ceux de l'embarras intestinal ou gastro-intestinal que ceux de l'embarras gastrique simple. Dans l'épidémie de Gœttingue, les malades eurent des évacuations muqueuses avec des vers; à Lausanne, ce symptôme ne s'observa pas. Dans cette dernière ville, si la maladie présenta des symptômes inflammatoires abdominaux, ils ne semblèrent pas limités à quelques points du tube digestif; ce furent des symptômes de turgescence semi-inflammatoire ou même tout à fait inflammatoire de tout le tube digestif pour les cas graves surtout; à Gœttingue, les malades eurent presque tous des symptômes de phlegmasie limitée aux deux extrémités du tube digestif: la stomatite pour l'extrémité supérieure et la dysenterie, ou au moins des selles avec ténesme et épreintes, pour l'extrémité inférieure.

La fièvre muqueuse de Gœttingue avait tous les caractères de la fièvre gastrique des saisons froides et des lieux humides de nos climats; la maladie de Lausanne avait tous les symptômes de la fièvre dyspepsique bilieuse aiguë des saisons chaudes et sèches de l'Europe surtout, et des contrées méridionales de notre continent.

Description de l'épidémie de fièvres assodes bilieuses de Castelletto.

1921. La fièvre rémittente dyspepsique règne quelquefois épidémiquement dans les contrées méridionales de l'Europe avec une intensité plus grande encore que celle qu'elle avait à Lausanne. On peut en juger par la description suivante d'une épidémie de ces fièvres qui régna pendant l'été et l'automne de l'année 1819 dans le territoire de Castelletto sur le Tésin, que l'on doit au docteur Meli.

« Après des prodromes qui consistaient dans un sentiment de courbature et de langueur qui duraient quelques jours, les malades étaient pris d'anorexie, de saveur amère à la bouche, et chez beaucoup d'entre eux il survenait en même temps des éructations, des nausées et de la tension épigastrique. La soif était généralement vive et augmentait dans l'après-midi. Les malades, quoique dans un état

apparent de somnolence, ne dormaient pas, ou leur sommeil était agité par des inquiétudes et des rêves pénibles; la tête devenait progressivement pesante et douloureuse à la région susorbitaire. Après une durée irrégulière, la maladie s'accroissait jusqu'à se caractériser davantage. Un frisson, ou seulement un sentiment de froid général survenait, le plus souvent vers le soir. Il se manifestait en même temps de la salivation, puis des nausées et des vomissements de matières jaunes, visqueuses et amères, souvent avec des évacuations alvines de semblables matières, la soif était alors excessive. Au bout de deux heures la chaleur fébrile s'établissait; elle était jointe à une céphalalgie intense avec une soif très vive, une respiration anxieuse, de violents battements des carotides, des fourmillements cutanés, une tension de l'abdomen et surtout de l'hypochondre droit; la teinte ictérique de la peau augmentait avec l'établissement de la chaleur fébrile. Chez ceux qui étaient affectés à un haut degré d'intensité, les symptômes de la période de chaleur du paroxysme étaient de plus en plus violents, les yeux étaient scintillants et injectés, les idées devenaient confuses, et il survenait un délire triste et taciturne; la langue était sèche, jaunâtre ou brune à son centre. Les vomissements revenaient et occasionnaient l'expulsion d'une grande quantité de bile; ils alternaient avec la diarrhée bilieuse. Les lèvres devenaient brunes et gercées, la peau avait une chaleur âcre au toucher des plus vives, les malades avaient des inquiétudes dans les membres et une agitation continuelle. Tous ces accidents décroissaient peu à peu après huit, dix ou douze heures; ensuite la peau s'humectait, et il se manifestait, soit des sueurs profuses, mais partielles, soit d'abondantes urines d'une couleur safranée. Enfin le calme s'établissait, les malades ne conservaient qu'une assez grande fréquence du pouls avec de la céphalalgie et de la pesanteur de tête. Le calme ne durait que quelques heures, un nouveau paroxysme venait le

terminer. La succession des paroxysmes, constante pendant toute cette épidémie, suivait le type double tierce. Chez quelques malades, par exception, la maladie était tout à fait continue; chez quelques autres elle suivait le type tierce; l'ictère chez ces derniers se manifestait au deuxième ou troisième accès, et quand la fièvre était double-tierce, c'était surtout vers le cinquième ou sixième paroxysme. Peu prononcé en général au début de la maladie, l'ictère allait en croissant à un plus haut degré chez ceux qui étaient constipés que chez ceux qui avaient de la diarrhée. Les symptômes les plus douloureux de cette maladie, étaient la tension de l'abdomen, une douleur hépatique, une ardeur générale interne et externe excessive, et une soif inextinguible. La céphalalgie était aussi excessive, la saignée ou des épistaxis la soulageaient.

» La maladie croissait avec tous les accidents qui viennent d'être indiqués pendant six à sept jours, puis elle décroissait; sa durée moyenne était de quatorze jours. Pendant sa première période, les paroxysmes anticipaient, et la maladie tendait ainsi à la forme continue; dans la deuxième période, les accès s'éloignaient et étaient suivis de l'excrétion d'urines limpides et de sueurs modérées et générales[1]. »

Comparaison générale des symptômes de la maladie épidémique de Castelletto, et de celles de Lausanne et de Gœttingue.

1922. Dans cette maladie épidémique nous trouvons, comme dans celle de Lausanne, dès le début et pendant toute la durée de la maladie, les accidents de la dyspepsie simple (1710); les symptômes pyrétiques avaient aussi le même caractère qu'à Lausanne, seulement ils étaient d'une plus grande intensité et suivaient une marche plus aiguë et plus régulièrement rémittente. Les symptômes qu'on désigne sous le nom de bilieux, savoir, le flux bilieux gastro-intestinal, la teinte ictérique de la peau, étaient plus prononcés à Castelletto qu'à Lausanne; de même que dans l'épidémie de cette dernière ville, ces mêmes symptômes étaient plus intenses qu'à Gœttingue,

[1] Domenico Meli, *sulle febri biliose epid.*; Milano, 1822, cap. III, p. 29.

où la lésion morbide diacritique portait presque exclusivement sur les organes mucipares gastro-intestinaux, et n'affectait le foie qu'à un faible degré. Dans cette dernière maladie, la turgescence diacritique déterminait des douleurs abdominales tormineuses, de la tension de l'abdomen, qui accompagnaient ou précédaient les excrétions muqueuses ou mucoso-bilieuses, dans les fièvres de Castelletto, les hypochondres étaient surtout le siége de cette douleur abdominale, que les anciens ont signalée dans les fièvres bilieuses ardentes.

Caractères généraux des constitutions épidémiques assodes.

1923. Pour embrasser par l'observation clinique toutes les formes des maladies assodes, il faut se livrer à la pratique de la médecine pendant les constitutions épidémiques que les auteurs ont appelées bilieuses ou saburrhales. Les conditions morbides qui appartiennent spécialement aux affections dyspepsiques pyrétiques ou non, se montrent alors en même temps dans toutes les maladies qui surviennent pendant leur durée. Toutes les maladies assodes, nées par l'influence épidémique stationnaire, tout en conservant leur nature, reçoivent cependant l'impression des causes qui résultent des circonstances particulières aux malades, ou des influences générales des saisons, des variations atmosphériques, des climats, etc. On remarque en même temps que les différentes maladies aiguës qui se manifestent par les causes les plus diverses, subissent l'influence de la constitution épidémique et participent des formes des dyspepsies qui deviennent ainsi un de leurs éléments constitutifs. C'est cette manière d'être générale, commune à toutes les maladies qui règnent pendant un temps donné, nonobstant les résultats des influences saisonnières et météorologiques, ou des circonstances propres aux individus, qui caractérise les constitutions bilieuses et muqueuses des auteurs, auxquelles Sydenham et Stoll ont donné une si grande importance clinique.

Histoire de la constitution épi-

1924. Nous ne connaissons pas d'observations qui puis-

sent mieux faire connaître tous les phénomènes qui se montrent dans les constitutions épidémiques assodes, tant dans les dyspepsies apyrétiques que dans les fièvres dyspepsiques et dans les maladies qu'elles compliquent, que celles que Finke a recueillies pendant quatre années, de 1776 à 1780, dans le comté de Tecklembourg.

démique du Tecklembourg de 1776 à 1780.

« Dans cette constitution épidémique, les dyspepsies muqueuses simples et non pyrétiques se montraient chez tous les malades; elles précédaient toujours la dyspepsie fébrile, et chez le plus grand nombre elles ne s'élevaient pas jusqu'à cette forme de la maladie. Dans tous les cas, les premiers accidents morbides étaient des lassitudes spontanées, des douleurs comme rhumatismales des membres et du dos, qui augmentaient souvent pendant la nuit; un sentiment de formication dans les muscles; le scrobicule du cœur était le siége de douleurs pulsatives, qui tantôt paraissaient et tantôt disparaissaient, surtout après le repas; beaucoup n'avaient point de douleurs de tête; chez d'autres la céphalalgie était légère; chez un petit nombre elle était violente, et occupait tantôt le front, tantôt le synciput; la région de l'estomac était le siége d'une douleur gravative, qui atteignait l'intensité des douleurs cardialgiques: les malades souffraient aussi des hypochondres, comme s'ils eussent eu une hépatite ou une pleurésie; ils avaient des éructations continuelles et nidoreuses; la langue était couverte chez les uns d'un enduit saburrhal léger; chez les autres d'une mucosité tenace, blanchâtre et parfois jaunâtre; les papilles étaient souvent érigées: lorsqu'il y avait des vers dans les intestins; l'anorexie, les nausées et même les envies de vomir, se joignaient à ces symptômes; quelques malades éprouvaient une faim exagérée. Les selles étaient liquides chez les uns, et supprimées chez les autres; les urines étaient pâles, d'un jaune-paille, présentant des bulles longtemps persistantes; le pouls faible et quelquefois fréquent; les nuits étaient

agitées; le sommeil à peine commencé était interrompu et empêché par un réveil agité, avec de l'anxiété; plusieurs passaient beaucoup de temps, vers la nuit, à se débarrasser la gorge du mucus par l'expuition et une toux légère; la face était pâle chez les uns et chez d'autres les joues étaient colorées; quelquefois elle présentait des alternatives de pâleur et de rougeur; nonobstant tous ces accidents, beaucoup de malades pouvaient encore vaquer à leurs affaires; ils attribuaient leur état à une digestion imparfaite. La maladie ne persistait pas très longtemps à cet état; ou la fièvre bilieuse se manifestait sous une forme régulière ou anomale, ou enfin les malades tombaient dans un état valétudinaire, à moins qu'il ne survînt des évacuations extraordinaires. La persistance de l'état morbide finissait en effet par détériorer les fonctions organiques et spécialement la digestion; la faiblesse faisait des progrès, et l'amaigrissement se prononçait; lors même que les malades pouvaient vaquer à leurs affaires, ils étaient nonchalants, chagrins, tristes et d'une humeur colérique. Ils avaient ensuite, comme suite de la maladie, une constipation opiniâtre et des douleurs comme rhumatismales des plus rebelles dans le dos et dans les membres. Lorsque la maladie se convertissait en maladies bilieuses anomales, cette terminaison n'arrivait pas promptement; ce n'était le plus souvent qu'après plusieurs semaines. »

Dans cette épidémie, tant que la maladie restait sous la forme de dyspepsie muqueuse, les accidents étaient limités évidemment au trouble fonctionnel des organes digestifs; les phénomènes généraux qui se montrèrent vers des organes éloignés de l'appareil gastro-intestinal, étaient aussi peu prononcés que possible. Tous les accidents, après une certaine durée, se terminaient, ou par des évacuations extraordinaires et le rétablissement des malades, ou par la conversion de la dyspepsie en une maladie fébrile

plus grave, dont elle n'avait alors été en réalité que le premier stade, ou enfin la maladie passait à l'état chronique.

« L'invasion des accidents fébriles s'annonçait par les phénomènes suivants : aux symptômes du commencement de la maladie se joignaient tantôt une horripilation, tantôt une chaleur insolite, qui le plus souvent alternaient l'une avec l'autre. C'est surtout au dos que les malades éprouvaient cette chaleur insolite qu'ils comparaient à l'effet de l'eau chaude; elle s'élevait jusqu'à la face qui devenait alors d'une rougeur vermeille qui s'évanouissait au bout de quelques heures, pour faire place de nouveau à la pâleur. La sueur était nulle, ou au moins au début légère et locale. Chez quelques uns elle était universelle, mais non critique. La diarrhée, si elle avait existé auparavant, augmentait, sinon la constipation devenait plus prononcée. Cependant les symptômes gastriques proprement dits devenaient plus intenses; ainsi le dégoût pour les aliments et surtout pour les aliments animaux augmentait; il y avait des efforts de vomissements et de l'anxiété précordiale. Les nuits étaient inquiètes, et si le sommeil arrivait, il était interrompu par des terreurs subites. La soif était vive, et les malades recherchaient l'eau pure; ils avaient de l'aversion pour les boissons chaudes qui augmentaient l'anxiété précordiale. La fièvre était continue, et lorsqu'elle présentait des rémissions, c'était vers le soir qu'elles étaient le plus prononcées. Le pouls devenait petit et très fréquent; chez les personnes les plus robustes, il était quelquefois presque insaisissable. Il fallait à peine s'inquiéter de ce symptôme qui se rapportait à l'embarras de l'estomac, puisqu'il arrivait souvent que par suite de l'administration d'un seul émétique ou d'un seul laxatif, la maladie cédait avec tant de rapidité, qu'au bout de quelques jours les malades étaient rétablis.

» La maladie ne se terminait pas toujours si heureusement ; les accidents s'aggravaient; chez ceux qui étaient constipés, les douleurs des membres et du dos devenaient plus graves, les anxiétés, l'insomnie ou la somnolence, puis le délire et la surdité se manifestaient; la fièvre ne présentait plus de rémission; la langue était sèche, jaunâtre, et tendant à devenir brune; les dents, la langue et les lèvres se couvraient de mucus visqueux qui se desséchait et les agglutinait. Pour ceux qui avaient de la diarrhée, les parties externes étaient moins douloureuses; la céphalalgie au contraire était plus intense; le délire phrénétique était plus fréquent, la soif plus vive ; il y avait des coliques; les urines étaient variables, les selles étaient liquides, aqueuses, écumeuses, vertes, noires, d'une odeur fétide; le pouls était toujours faible et quelquefois régulièrement intermittent. Cette forme de la maladie constituait, suivant Finke, sa conversion en fièvre putride. Chez quelques personnes, la maladie passait à l'état chronique que caractérisaient un sentiment de pesanteur et de pulsations épigastriques, une douleur constrictive, comme celle qu'aurait produit un lien serré au dessus de l'ombilic, une douleur au dessous de l'hypochondre, au siége de la vésicule du fiel, l'anorexie persistant, ou une faim désordonnée; un certain degré de lenteur dans les excrétions alvines, les selles noires et visqueuses, les forces ne revenant point, la maigreur; assez souvent de la soif, et jamais de sommeil tranquille; la langue restait saburrhale à sa base [1]. »

Différences des épidémies assodes et des constitutions épidémiques assodes.

1925. Les épidémies dyspepsiques ont rarement une durée aussi prolongée que celle dont nous venons de rappeler l'histoire d'après Finke. Nées le plus souvent sous l'influence de causes générales qui proviennent de l'état de

[1] L. Lud. Finke, *De morbis biliosis anomalis occasione epidemiæ cujus historia præmissa est, ab anno* 1776—1780 *in comitatu Tecklemburgensi observatis*, p. 1, p. 20 *et sqq.* Monast. Westph. 1780, in-8.

l'atmosphère, elles trouvent ordinairement leur terme dans les changements qu'entraîne la succession des saisons. Pendant la durée de ces épidémies, les dyspepsies nidoreuses et les fièvres assodes se substituent à toutes les maladies ordinaires, et deviennent presque les seules maladies régnantes, comme cela est arrivé à Lausanne ou à Castelletto. Dans les épidémies très prolongées, qui méritent l'épithète de stationnaires, comme a été celle du Tecklembourg, les maladies assodes sont encore les affections les plus fréquentes, mais leur fréquence varie selon les influences saisonnières qui se succèdent; les autres maladies aiguës que la succession des saisons et les influences atmosphériques et météorologiques produisent, se montrent comme ordinairement, seulement elles sont moins nombreuses et modifiées à un certain degré par les dyspepsies qui les compliquent. Finke a montré toutes les circonstances de l'épidémie dyspepsique du Tecklembourg, en décrivant ce qu'il a appelé les maladies bilieuses anomales, lesquelles ne sont autre chose que des maladies diverses, comme des scarlatines, des rhumatismes, des pneumonies, etc., qui ont eu pour épiphénomènes des symptômes dyspepsiques, ou encore des fièvres dyspepsiques, qui présentaient pour épiphénomènes des accidents de diverses maladies, ordinairement étrangers à ces affections. Toutefois, pour être moins fréquentes et moins variées, ces combinaisons des accidents dyspepsiques avec les maladies les plus diverses, s'observent aussi dans les épidémies d'une courte durée à côté d'un grand nombre de dyspepsies et de fièvres assodes de différentes formes; elles n'en sont même que plus prononcées : nous venons d'en voir de nombreux exemples pendant l'été de cette année 1839, durant lequel nous avons observé une épidémie dyspepsique des plus prononcées.

1926. Du 1er mars au 1er septembre nous avons reçu à l'hôpital 910 malades, dont 495 étaient affectés de maladies aiguës. Sur ce nombre, 138 avaient des maladies dyspepsi- Epidémie assode observée à Paris par l'auteur dans l'été de 1839.

ques; 95 n'eurent que des dyspepsies nidoreuses simples; 18 des fièvres assodes, et 25 des fièvres dyspepsiques compliquées d'accidents plus ou moins graves. Presque toutes les autres maladies présentaient comme épiphénomènes des symptômes dyspepsiques. En mars et en avril nous n'eûmes qu'un petit nombre de maladies dyspepsiques, elles n'excédèrent pas le septième des maladies aiguës; dans le mois de mai, elles se multiplièrent au point de s'élever jusqu'à la proportion du tiers des maladies aiguës. Presque tous les malades qui séjournaient à l'hôpital, depuis un temps plus ou moins long avec des maladies diverses, ont été pris alors d'accidents dyspepsiques variables pour leur intensité. Au mois de juin, la moitié des malades affectés de maladies aiguës, avaient des dyspepsies; cette proportion persista jusqu'au milieu du mois d'août.

Les dyspepsies nidoreuses que nous avons observées pendant cette épidémie, nous ont présenté tous les symptômes assignés aux dyspepsies ordinaires, auxquelles les auteurs ont spécialement donné le nom d'embarras gastriques bilieux. Toutefois, comme nous le voyons presque tous les ans parmi les malades affectés de cette maladie, un certain nombre avaient tous les symptômes qu'on a assignés aux dyspepsies pituiteuses, un plus grand nombre présentèrent un état comme intermédiaire à la dyspepsie pituiteuse et bilieuse; enfin, chez la plupart, c'était la forme bilieuse qui dominait. Nous n'avons eu que quatre à cinq exemples d'embarras intestinal se montrant isolément et de prime abord. Chez un assez grand nombre de malades, les symptômes d'embarras intestinal ont succédé à ceux de l'embarras gastrique, et marqué le dernier terme de la maladie. Presque tous ont présenté, avec les phénomènes saburrhaux proprement dits, une teinte ictérique prononcée sur les conjonctives, et chez un tiers environ sur tout le corps.

Le plus grand nombre des malades avaient des nausées,

et beaucoup éprouvèrent des vomissements spontanés. Presque tous avaient de la constipation à leur arrivée à l'hôpital. Chez un assez grand nombre il s'est manifesté de la diarrhée pendant le cours de la maladie, mais la médication évacuante, à laquelle on a eu recours, a pu contribuer à déterminer ce phénomène. Toutefois, les malades chez lesquels il s'est établi d'une manière prononcée, ont été rapidement débarrassés de tous les accidents morbides. Chez douze malades cette terminaison est survenue spontanément; plusieurs sont restés dans un état valétudinaire pendant huit à dix jours après une amélioration considérable des accidents qui avait semblé devoir être complètement suivie de la convalescence. Cet état valétudinaire a été converti en convalescence confirmée chez la plupart par la manifestation spontanée de selles diarrhéiques mucoso-bilieuses. Nous avons souvent déterminé avec avantage, par les moyens de l'art, ces évacuations diarrhéiques. Dans tous ces cas, ce n'a été que lorsque ces évacuations se sont manifestées que les dernières traces de l'ictère se sont évanouies. Les malades qui n'ont eu que des dyspepsies simples, ont été tous guéris en moins de huit jours.

Les fièvres dyspepsiques nous ont présenté tous les degrés et toutes les formes des fièvres assodes. La forme la plus ordinaire a été la forme rémittente; nous n'avons observé qu'un petit nombre de cas de fièvre assode éphémère. Les fièvres assodes continues ont été plus fréquentes, deux ou trois fois elles ont présenté le caractère de fièvre dyspepsique ataxique. Nous n'avons observé que deux ou trois cas de fièvre assode chronique légère.

Dans toutes les fièvres dyspepsiques, l'ictère a été plus ou moins prononcé; dans la plupart des cas cependant, il était limité aux conjonctives, aux ailes du nez et au pourtour de la bouche. Il n'a pas paru que ce symptôme eût un rapport déterminé avec la forme des autres accidents

morbides. Dans quelques cas de fièvre dyspepsique éphémère, l'ictère a été général et très intense, tandis qu'il n'a été qu'à peine marqué dans plusieurs fièvres assodes rémittentes et continues, et même ataxiques.

Presque toutes les fièvres assodes, soit rémittentes, soit continues, dont la terminaison s'est accomplie facilement, ont présenté des sueurs abondantes, principalement le matin. Dans tous les cas où ces sueurs se sont manifestées, la diminution des accidents leur a succédé, mais cette amélioration ne se soutenait pas ordinairement quand la sueur ne se reproduisait pas pendant deux ou trois jours. Dans quelques cas de fièvre assode rémittente, la diarrhée a été continue, le plus souvent les malades avaient de la constipation, et la diarrhée n'est survenue qu'au déclin de la maladie; mais dans les fièvres assodes continues, la diarrhée s'est montrée comme symptôme habituel pendant tout le cours de la maladie; le plus souvent elle a été modérée. Chez trois malades seulement elle a été assez abondante pour déterminer un état de collapsus inquiétant; un de ces malades a même succombé. Dans aucun cas, cette diarrhée n'a déterminé d'épreintes ni de ténesme dysentériques.

Dans presque toutes les fièvres dyspepsiques que nous avons alors observées, quelle qu'ait été leur forme, les malades ont eu dans les premiers jours une douleur céphalalgique susorbitaire intense, mais ce symptôme disparaissait souvent au bout de quelques jours, nonobstant la continuité des autres accidents. Chez une femme dont la fièvre assode continue a présenté les symptômes prononcés du causus, et qui s'est terminée d'une manière funeste, il n'y a pas eu de céphalalgie.

La terminaison des fièvres dyspepsiques qui se sont montrées pendant cette constitution épidémique, a été en général heureuse et les convalescences ont été ordinairement faciles. Presque toutes ces maladies se sont terminées heu-

reusement, du cinquième au dixième jour de leur invasion.

Le type des fièvres rémittentes assodes, comme celui des fièvres intermittentes secondaires, a été dans tous les cas ternaire ou double ternaire. Cette métaptose s'est montrée à toutes les périodes de l'épidémie. Nous avons observé huit terminaisons par la conversion en fièvre intermittente. Les paroxysmes intermittents ont marché en diminuant d'intensité et de durée, et la maladie s'est terminée par décroissement progressif au bout de cinq à six ou sept accès. Dans trois cas seulement on a été obligé d'interrompre avec le sulfate de quinine la fièvre périodique qui persistait après que les symptômes dyspepsiques proprement dits, avaient disparu.

La terminaison par conversion en typhus est arrivée chez deux ou trois malades seulement par la manifestation de symptômes de stupeur, de dépression des forces, et enfin de l'éruption pétéchiale pendant le cours de fièvres assodes, qui n'avaient présenté jusqu'alors que les symptômes même modérés des fièvres dyspepsiques. Nous ne considérons point comme des exemples de métaptose typhoïde cinq à six cas de typhus que nous avons reçus, et dans lesquels nous avons remarqué comme symptômes épiphénoméniques dus à l'influence de la cause épidémique des accidents dyspepsiques.

Deux fièvres assodes rémittentes et une continue, affectant des sujets déjà âgés, dont l'extérieur annonçait une constitution détériorée, se sont terminées par la mort. Les symptômes dyspepsiques qui se rapportent le plus immédiatement à la lésion fonctionnelle de l'estomac, ont persisté jusqu'à la fin; ainsi l'anorexie, les nausées, l'amertume de la bouche, la soif; de temps à autre, des vomissements bilieux et des selles liquides sont restés les symptômes dominants. Pendant qu'ils continuaient, les forces se brisaient de plus en plus, le pouls devenait faible, dépressible, sans acquérir pour cela une grande fréquence;

l'amaigrissement faisait de rapides progrès, le malade tombait dans un accablement semi-comateux, au milieu duquel la mort est arrivée du dixième au quinzième jour de l'invasion de l'état fébrile.

L'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale s'est manifestée chez quelques malades au plus haut degré de la dyspepsie; elle a joint ses symptômes propres aux phénomènes dyspepsiques qui l'avaient précédée; ainsi la fièvre est devenue continue et intense, la langue rouge, sèche et glabre, la soif très vive; les malades ont été tourmentés par des nausées continuelles, et même par des vomissements, revenant presque immédiatement après l'ingestion des boissons; l'épigastre est devenu le siége d'un sentiment d'ardeur et même de douleurs spontanées comme térébrantes très vives; il est devenu aussi très douloureux à la pression; les flancs se sont tendus, des selles accompagnées de coliques sourdes avec des épreintes se sont manifestées. Cet état de phlegmasie gastro-intestinale, survenu pendant le cours de la fièvre assode, n'a été que passager dans la plupart des cas; il a diminué rapidement sous l'influence d'un traitement convenable, laissant subsister après lui les symptômes dyspepsiques proprement dits qui l'avaient précédé et qui sont restés ensuite les seuls accidents morbides. Dans trois cas seulement ces accidents ont eu une assez grande intensité pour mettre en danger la vie des malades. Une seule fois la mort a été le résultat de la présence de cette fièvre assode compliquée de catarrhe gastro-intestinal.

Pendant toute la durée de cette épidémie, mais principalement lorsqu'elle est arrivée à son plus haut degré d'intensité, dans les mois de juin et de juillet, un assez grand nombre de dyspepsies fébriles ou apyrétiques ont paru avec des épiphénomènes variables par leurs formes et leur intensité. Nous avons conservé des notes sur vingt-cinq cas de cette espèce.

Un grand nombre de malades affectés de dyspepsie, se plaignaient d'éprouver à la gorge un sentiment d'ardeur intense, et avaient la muqueuse bucco-pharyngienne injectée; chez plusieurs, cette injection qui donnait à la surface muqueuse une teinte rouge obscure, s'étendait à toute la muqueuse buccale, et même sur les gencives. Chez la plupart de ces malades, lorsque la maladie dyspepsique fut arrivée à sa plus grande intensité, il se manifesta sur la membrane muqueuse des aphthes qui occasionnaient une vive douleur. Dans aucun cas cependant cette stomatite aphtheuse, ajoutée à tous les symptômes dyspepsiques habituels, n'eut une grande intensité. L'inflammation buccale épiphénoménique de la dyspepsie s'étendit chez deux ou trois personnes aux amygdales, en sorte que les malades eurent à la fois une stomatite aphtheuse et une angine tonsillaire épiphénoménique de la fièvre assode. Chez un seul malade ces accidents secondaires acquirent une intensité assez grande pour qu'il se soit formé un abcès dans une amygdale.

Des phlegmasies furonculeuses de diverses parties de la peau, des pustules suppurantes plus ou moins profondes, de petits phlegmons sous-cutanés, se sont montrés comme épiphénomènes de dyspepsies nidoreuses et des fièvres assodes. Dans tous les cas, ces accidents ne, se sont manifestés qu'après la dyspepsie nidoreuse, et le plus souvent même dans sa période décroissante, en sorte qu'ils ont constitué comme des crises de cette maladie.

L'éruption labiale, ordinairement critique des fièvres dyspepsiques (1864), a été aussi rare dans cette épidémie qu'elle s'observe fréquemment dans les dyspepsies sporadiques et dans certaines épidémies assodes; elle ne s'est guère manifestée que chez cinq à six de nos malades affectés de fièvre assode éphémère et de fièvre assode rémittente. Dans tous ces cas cependant elle ne s'est montrée qu'au déclin de la maladie et comme crise.

Plusieurs malades ont eu comme épiphénomène une injection inflammatoire légère des conjonctives. Chez trois seulement cette phlogose a été assez intense pour constituer un catarrhe oculaire épiphénoménique de la dyspepsie nidoreuse. Cette ophthalmie n'a cependant pas eu de gravité; elle est survenue avec les symptômes dyspepsiques ordinaires, et ne s'est dissipée qu'après eux.

Un assez grand nombre de dyspepsies nidoreuses ont eu des épistaxis pour épiphénomènes. Cet accident n'a été grave dans aucun cas : il s'est plus fréquemment manifesté dans les dyspepsies simples que dans les fièvres assodes; c'est le plus souvent au début de la maladie qu'il s'est montré, et presque toujours chez des malades qui avaient de la constipation avec les symptômes ordinaires de la dyspepsie. Lorsque le ventre s'ouvrait et que les évacuations alvines survenaient facilement, l'épistaxis ne se manifestait plus.

Les douleurs des membres ont pris chez plusieurs malades une intensité si grande, principalement autour des articulations, qu'on pouvait les considérer comme des douleurs rhumatismales, si ce n'eût été l'absence de douleurs à la pression et de tuméfaction sur les articulations malades. Ces douleurs que nous avons observées chez quatre malades à l'hôpital et chez trois en ville, ont cédé en deux ou trois jours, le plus souvent par la manifestation de sueurs et surtout d'évacuations alvines.

L'épiphénomène le plus grave que nous ayons observé chez les malades affectés de fièvre dyspepsique, a été la pneumonie, nous l'avons vue quatre fois; une fois il y a eu, dès le début de la fièvre dyspepsique, de la douleur de côté qui a pu faire penser que la phlegmasie thoracique avait débuté en même temps que tous les autres symptômes de la maladie; c'est ce cas que nous avons rapporté plus haut (1871). Dans les trois autres malades, le développement de la phlegmasie thoracique ne

s'est fait qu'au bout d'un certain nombre de jours de la durée de la fièvre dyspepsique. Dans ces cas, la maladie inflammatoire de poitrine, nonobstant un traitement antiphlogistique fort actif, fit des progrès assez lents, mais tellement grands, qu'elle arriva en huit à dix jours à occuper la totalité du poumon gauche, et qu'elle mit le malade dans le plus grand danger. Pendant ce temps-là la fièvre assode rémittente persistait avec des paroxysmes quotidiens, dont chacun ajoutait à l'état déjà si grave du malade. Nous n'étions encore qu'au commencement de mai, l'épidémie n'avait pas toute l'intensité qu'elle eut quelques semaines plus tard; nous n'avions fait que le traitement de la pneumonie idiopathique qui fut tout à fait sans utilité. Dès que le traitement de la fièvre assode fut adopté, tous les accidents diminuèrent, mais avec lenteur; la pneumonie ne devint franchement décroissante que lorsque la fièvre assode fut terminée.

Pendant que les maladies assodes se manifestaient ainsi avec tous les degrés d'intensité, depuis la dyspepsie nidoreuse simple la moins grave, jusqu'aux fièvres assodes les plus intenses, toutes les maladies aiguës étaient compliquées de dyspepsie; ainsi les varioles, les rougeoles, les scarlatines, les différentes phlegmasies viscérales, présentaient toutes, au milieu de leurs symptômes habituels, les symptômes évidents des affections saburrhales gastro-intestinales (1710), et, pour leurs phénomènes fébriles, la marche rémittente habituelle des fièvres assodes. Pendant le cours de ces maladies compliquées, nous avons vu survenir la teinte ictérique des conjonctives et des ailes du nez, et de la face, et quelquefois de toute la surface du corps, et les évacuations mucoso-bilieuses, par les vomissements et par les selles qui se montrent si souvent pendant la durée des affections dyspepsiques. Dans tous ces cas, dès qu'on observait, soit par la marche spontanée de la maladie, soit par les moyens de l'art, l'inter-

ruption des accidents dyspepsiques, la forme régulière de la maladie compliquée se rétablissait, et sa terminaison facile ne s'accomplissait pas moins bien que dans les cas ordinaires. Nous remarquâmes cependant, dans presque tous les cas de maladie ainsi compliquée, que les accidents dyspepsiques accommodaient leur marche à celle des accidents propres de la maladie qu'ils compliquaient, plutôt que de modifier cette maladie par leur influence; ainsi, dans les varioles qui ont été généralement bénignes pendant cette saison, la dyspepsie et les accidents fébriles de la première période de la maladie ont diminué ensemble au moment de l'éruption, sans que cependant les phénomènes saburrhaux disparussent entièrement; leur cessation définitive n'arrivait qu'après la suppuration, au moment de la dessiccation des pustules, c'est à dire au terme naturel des maladies varioleuses. Dans les scarlatines, dans les rougeoles, dont nous avons vu quatre exemples en ville, les accidents dyspepsiques ont ordinairement perdu rapidement de leur intensité par les moyens de l'art; mais ils n'ont été guéris qu'avec les maladies qu'ils compliquaient, et à leur terme naturel. La conséquence de ces remarques, c'est que les maladies compliquées d'affections dyspepsiques, bien qu'elles en aient ressenti l'influence qui a modifié souvent, en les aggravant, leurs symptômes habituels, ont cependant aussi modifié les affections assodes elles-mêmes, en les empêchant de se terminer jusqu'à leur propre terminaison. Nous pouvons montrer jusqu'à quel point a été portée à cet égard l'influence des maladies aiguës sur les dyspepsies, par un exemple de rhumatisme articulaire aigu compliqué de maladie saburrhale.

Un homme de vingt-sept ans, d'une forte constitution, continua son travail de terrassier par un temps froid, humide et variable, quoiqu'il éprouvât un état général de malaise, avec de l'anorexie et la perception d'une saveur amère à la bouche. Il fut alors pris de douleurs vives dans

les genoux, puis ensuite dans les coudes et aux malléoles; en même temps il fut affecté de fièvre. Il appliqua des sangsues autour des genoux; il n'en résulta aucune amélioration, mais les morsures des sangsues s'enflammèrent et devinrent suppurantes; dans le même moment de petites plaies occasionnées par l'excision de verrues aux mains, s'enflammaient et suppuraient aussi; des taches rouges irrégulières, tuméfiées, rénitentes au toucher, ayant l'aspect de nodosités, de sept à huit lignes de diamètre, se montrèrent aussi sur les jambes : toutes ces lésions locales existaient avec un état fébrile assez intense et des symptômes de dyspepsie nidoreuse prononcés, quand cet homme vint à l'hôpital. Le 7 juin, l'affection rhumatismale occupait les articulations tibio-tarsiennes qui étaient douloureuses dans les mouvements et à la pression, et qui présentaient une tuméfaction prononcée. Nous prescrivîmes l'administration d'un scrupule d'ipécacuanha et de deux grains de tartre stibié. Le surlendemain un cathartique fut donné. Le 12 juin, les douleurs rhumatismales avaient conservé leur intensité; seulement elles s'étaient déplacées : elles étaient venues dans le genou et le poignet gauches qui étaient tuméfiés et douloureux à la pression. Les symptômes saburrhaux continuaient, ainsi que l'érythème des jambes et la suppuration qui s'était formée sur les petites plaies extérieures; la fièvre était du reste presque nulle. Nous restâmes dans l'expectation jusqu'au 17 juin; alors les symptômes dyspepsiques avaient fait de nouveaux progrès; la fièvre avait augmenté; les douleurs articulaires étaient plus vives et occupaient de nouveau les malléoles: un éméto-cathartique fut administré. Le 19 juin, les symptômes saburrhaux étaient presque nuls; la fièvre persistait, mais ne se faisait sentir que vers le soir, sans présenter cependant de frisson initial; l'érythème des extrémités a presque complètement disparu; les douleurs articulaires affectent les genoux et sont peu vives. Le

21 juin, plus de fièvre; la couche saburrhale de la langue n'existe plus que sur sa base; l'anorexie a cessé; le malade n'a plus que quelques douleurs gravatives dans la continuité des membres. Le 24 juin, les douleurs articulaires se sont reproduites aux genoux et aux malléoles; les symptômes saburrhaux ont repris de l'intensité; la bouche est amère; la langue couverte d'une couche jaunâtre épaisse: le malade n'a aucun appétit; il se plaint d'une douleur gravative à l'épigastre; il y a de la constipation. Nous prescrivîmes un apozème purgatif préparé avec l'infusion d'une demi-once de follicules de séné, avec addition de deux gros de sulfate de soude et deux onces de sirop de fleurs de pêcher. Le 26 juin, les douleurs rhumatismales avaient entièrement disparu. Le malade commençait à avoir de l'appétit; la langue était nette. Le même apozème a été continué pendant trois jours, dans lesquels la convalescence s'est confirmée.

Nous n'avons vu dans cette épidémie aucune affection dyspepsique qui ait duré aussi longtemps et ait résisté avec tant d'opiniâtreté à la médication rationnelle; d'un autre côté on sait que le rhumatisme articulaire aigu traité par les moyens à l'emploi desquels nous avons été forcé de nous restreindre, à cause de la complication dyspepsique, ne dure presque jamais moins de trois à quatre semaines: telle a été ici sa durée. Il a entretenu et prolongé, avec ses symptômes propres, la maladie dyspepsique qui ne s'est terminée qu'après lui.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE DEUXIÈME VOLUME.

LIVRE IV. — DES MODIFICATIONS MORBIDES DES HÉMORRHAGIES FONCTIONNELLES 1

Chapitre Ier. De la menstruation 6

Article Ier. Des phénomènes menstruels extérieurs. . *ibid.*
Art. II. Recherches sur l'état des organes génitaux internes aux différentes phases de la menstruation. 17
Art. III. Des causes prochaines de l'hémorrhagie menstruelle et de la nature de la menstruation 29
Art. IV. Des indications thérapeutiques relatives à la menstruation dans les maladies . . 38

Chapitre II. Des dysménorrhées 53

Art. Ier. Des symptômes des dysménorrhées . . . . *ibid.*

§ Ier. Des symptômes des dysménorrhées hystéralgiques 55
§ II. Symptômes des dysménorrhées hémorrhagiques 61

Art. II. Etiologie des dysménorrhées 70
Art. III. Diagnostic des dysménorrhées 76
Art. IV. Prognostic des dysménorrhées 78
Art. V. Thérapeutique des dysménorrhées 79

Chap. III. Des métro-hémorrhagies 86

Art. Ier. Des symptômes des métro-hémorrhagies . . 88
Art. II. Etiologie des métro-hémorrhagies 108
Art. III. Diagnostic des métro-hémorrhagies 121
Art. IV. Prognostic des métro-hémorrhagies 127
Art. V. Thérapeutique des métro-hémorrhagies . . . 131

Chap. IV. Des hémorrhagies utéro-placentaires, ou des hémorrhagies intra-utérines des femmes grosses 154

Art. Ier. Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires. 156

§ Ier. Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires qui surviennent, le placenta ayant, avec les parois utérines, ses rapports normaux. 157
§ II. Symptômes des hémorrhagies utéro-placentaires par implantation anomale du placenta. 190

Art. II. Des altérations des organes qui se rapportent aux hémorrhagies utéro-placentaires. . . 200
Art. III. Etiologie des hémorrhagies utéro-placentaires 229
Art. IV. Des causes immédiates et de la nature des phénomènes des hémorrhagies utéro-placentaires. 8
Art. V. Diagnostic des hémorrhagies utéro-placentaires. 278
Art. VI. Prognostic des hémorrhagies utéro-placentaires 290
Art. VII. Thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires 302

§ I. Thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires compatibles avec la persistance de la gestation. 303
§ II. Thérapeutique des hémorrhagies utéro-placentaires compliquées de l'interruption de la grossesse et du travail de la parturition 335

DEUXIÈME PARTIE — DES DIACRISES 361

LIVRE I. — DES DIACRISES EN GÉNÉRAL 362

Chapitre Ier. Définition des diacrises en général et exposition des caractères génériques de ces maladies . . . . . *ibid.*

Chap. II. Description générale des symptômes des diacrises. 369

Chap. III. Des altérations des organes qui se rapportent à la présence des diacrises. 387

Chap. IV. Etiologie des diacrises en général 392

Chap. V. Nature et causes prochaines des diacrises et des phénomènes qui résultent de leur présence 405

Chap. VI. Diagnostic des diacrises. 419

Chap. VII. Prognostic des diacrises. 425

Chap. VIII. Thérapeutique des diacrises 431

LIVRE II. — DES DIACRISES GASTRO-INTESTINALES 455

SECTION PREMIÈRE. — *Des diacrises gastro-intestinales hypercritiques* 460

Chapitre I. Des dyspepsies muqueuses ou nidoreuses et des fièvres dyspepsiques ou assodes, lesquelles comprennent les états saburrhaux ou les embarras gastriques et intestinaux, muqueux et bilieux, et les fièvres gastriques muqueuses, bilieuses, etc., des auteurs 461

Art. I. Des symptômes des dyspepsies muqueuses et des fièvres dyspepsiques 464

§ I. Des symptômes des dyspepsies muqueuses ou

des états saburrhaux, ou des embarras gastro-intestinaux . . . . . *ibid.*
§ II. Des symptômes des fièvres dyspepsiques ou assodes 487
A. Des symptômes des fièvres assodes ou dyspepsiques éphémères 488
B. Des symptômes des fièvres assodes ou dyspepsiques rémittentes 498
C. Des symptômes des fièvres assodes ou dyspepsiques continues. 542
D. Des symptômes des fièvres assodes ou dyspepsiques chroniques 564
E. Des symptômes des fièvres dyspepsiques ataxiques ou assodes. 585
F. Des symptômes communs à toutes les fièvres assodes ou dyspepsiques 595
§ III. Des symptômes des dyspepsies et des fièvres assodes épidémiques 654

LIBRAIRIE MÉDICALE DE GERMER BAILLIÈRE.

TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS,

Par J.-F. MOREAU,

Professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris,

2 vol. in-8. 14 fr.

Atlas de 15 livraisons, de 4 planches in-fol. lithographiées, avec texte explicatif. Prix de la livraison, fig. noires, 4 fr., et fig. coloriées, 8 fr.

La 1re livraison représente l'anatomie normale des os du bassin;

La 2e, la direction, les axes et quatre vices de conformation du bassin;

La 3e, cinq vices de conformation du bassin et deux tumeurs développées dans l'excavation pelvienne;

La 4e, deux vices de conformation du bassin et le périnée de la femme;

La 5e, le plan abdominal et deux coupes du bassin d'une femme adulte, avec les parties molles qui le revêtent et les viscères qu'il contient;

La 6e, les organes génitaux d'une femme adulte, les fibres et les vaisseaux, la structure vasculaire et les vaisseaux lymphatiques de l'utérus;

La 7e, les nerfs de l'utérus, un vice de conformation de l'utérus et du vagin, et cinq œufs humains abortifs expulsés dans les premiers temps et avant le troisième mois de la conception;

La 8e, un œuf humain abortif expulsé dans le premier mois environ de la conception; un fœtus de trois mois environ avec ses annexes; un utérus avec les annexes du fœtus qui y adhèrent; un squelette du fœtus; les diverses positions de la tête, et la disposition du système vasculaire chez le fœtus;

La 9e, les rapports de la tête du fœtus avec le détroit abdominal du bassin dans les quatre positions directes et obliques, la forme, le volume, la situation de l'utérus complètement développé par le produit de la conception et les rapports qu'il offre avec les différents organes contenus dans la cavité abdominale; une coupe de l'utérus, pour faire voir une des attitudes du fœtus à terme dans le sein de sa mère;

La 10e, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre temps de la première position oblique du sommet, dans le second et le troisième temps de la quatrième position directe du sommet, dans le premier et second temps de la seconde position de la face;

La 11e, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les cinq temps de la première position des fesses, dans le premier temps de la seconde position des genoux, de la troisième position des pieds et de la quatrième position des fesses;

Les 12e et 13e, l'accouchement artificiel, tous les temps de la version dans la première position oblique du sommet.

La 14e, l'accouchement artificiel, version dans les présentations des épaules et des bras.

La 15e, les diverses applications du forceps, et les instruments qui servent dans la pratique des accouchements.

Tous les Souscripteurs à l'Atlas recevront GRATIS les deux volumes in-8. de texte.

LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS,

Par M. le baron **DUPUYTREN,** Chirurgien en chef;

recueillies et publiées

par MM. les Docteurs BRIERRE DE BOISMONT et MARX.

SECONDE ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE.

6 vol. in-8° — 36 fr.

Table des principaux sujets traités dans cet ouvrage.

Notice historique sur Dupuytren. — Considérations générales sur les fractures. — Des causes qui peuvent retarder ou empêcher la consolidation des fractures. — Les fractures et les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus. — La réduction des luxations anciennes. — Observations de fractures de la clavicule et de l'extrémité supérieure de l'humérus, traitées par la position. — Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus simulant la luxation du coude en arrière, et de l'extrémité inférieure du radius simulant les luxations du poignet. — La dépression latérale des parois de la poitrine. — Le déplacement originel ou congénial de la tête des fémurs. — Les fractures du col du fémur, de la rotule, de la colonne vertébrale, de l'arcade zygomatique, de l'apophyse mastoïde. — La fracture de l'extrémité inférieure du péroné, les luxations et les accidents qui en sont la suite. — Les luxations des vertèbres, maladies qui les simulent. — La carie de la colonne vertébrale. — Les trajets fistuleux et les abcès symptômatiques. — Les luxations du métatarse, de l'astragale sur le calcanéum, de la première et de la seconde phalange du pouce et de l'extrémité inférieure du cubitus. — La formation du cal. — L'exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil, cas rares d'exostoses. — Le pied-bot et ses diverses espèces. — Les kystes qui se développent dans l'épaisseur des os. — Les kystes séreux contenant des petits corps blancs ou hydatiques, les tumeurs hydatiques. — L'emphysème traumatique, le délire nerveux. — L'ostéosarcome, le spina-ventosa et les tubercules des os. — Les doctrines et procédés opératoires dans les amputations. — L'amputation de la mâchoire inférieure et supérieure. — Les résections. — Les anévrismes qui compliquent les fractures et les plaies d'armes à feu. — Les brûlures. — La ligature des principaux troncs artériels. — Les anévrysmes faux de l'artère brachiale. — La cataracte. — Les engorgements du testicule. — L'hydrocèle. — Les tumeurs et les fistules lacrymales. — La rétraction permanente des doigts. — L'excision des bourrelets hémorrhoïdaux. — L'étranglement au collet du sac herniaire.—L'étranglement interne des hernies. — Les polypes de l'utérus. — Les anus contre nature. — Les plaies du cœur. — Le phlegmon diffus. — Thèse sur la lithotomie soutenue en 1812. — La taille. — La dilatation de l'urètre. — La fissure à l'anus. — La grenouillette. — Les abcès de la fosse iliaque. — La trachéotomie. — Les tumeurs érectiles et le fongus hématode. — Le bec de lièvre. — L'ophthalmie blennorrhagique. — La gangrène symptômatique. — Les varices et le varicocèle. — La restauration des diverses parties du visage. — La section du muscle sterno-cléido-mastoïdien, pour le torticolis ancien. — Le cancer de la lèvre inférieure. — Les blessures par armes de guerre, etc.

Pour les possesseurs de la première édition on vend séparément les tomes 5 et 6 (Blessures par armes de guerre). 12 fr.

FORMULAIRE

des Médecins praticiens,

Contenant les Formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, de la Russie, de l'Angleterre, etc., précédé de l'examen et de l'interrogation des malades, d'un mémorial thérapeutique, des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, de considérations sur l'art de formuler et d'une classification des médicaments par leur mode d'action;

Par F. FOY,

Docteur en médecine de la Faculté et pharmacien en chef de l'hôpital des vénériens de Paris.

1840, 3e édition, considérablement augmentée; avec les anciens et les nouveaux poids décimaux. 1 vol. in-18, imprimé sur papier vélin. 3 fr. 50 c.

MÉDECINE LÉGALE,

Théorique et Pratique,

Par Alph. DEVERGIE, D. M. P.,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, professeur de médecine légale et de chimie médicale;

Avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par J.-B.-F. DEHAUSSY DE ROBÉCOURT, conseiller à la Cour de cassation. 1839. 3 vol. in-8. 2e édition, très augmentée, 21 fr.

TRAITÉ

DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE,

Par E. FRÉD. DUBOIS (D'AMIENS),

Membre de l'Académie royale de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

1837, 2 vol. in-8. 14 fr.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES SPÉCIALES DE LA PEAU,

Par C. M. GIBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lourcine (vénériens-femmes). Paris, 1839. 2e édition. 1 vol. de 500 pages. 6 fr.

TRAITÉ PRATIQUE

des Maladies des Femmes,

Par F. IMBERT,
Ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur de l'École secondaire de médecine de Lyon.

1839, 2 vol. in-8. 12 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE

MÉDICALE ET PHILOSOPHIQUE,

Par LEPELLETIER (DE LA SARTHE),
Docteur en médecine, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, etc.

1839, 4 vol. in-8, avec 12 planches et des tableaux synoptiques. 12 fr.

Cet ouvrage renferme l'exposition naturelle des lois de l'organisme vivant considéré dans les êtres animés en général, et dans l'homme en particulier; l'histoire approfondie de toutes les fonctions; 1° *vitales*, innervation, circulation; 2° *nutritives*, digestion, absorption générale, nutrition, où se trouvent exposées d'une manière complète la calorification et l'application raisonnée du froid dans le traitement des maladies; les sécrétions; 3° *de relation*, fonctions d'impression, ou sensations de combinaisons intellectuelles, d'expression; 4° *génitales*, excitation, copulation, fécondation, gestation, accouchement, lactation, avec la théorie des monstruosités, applications positives de tous les principes émis, dans cette histoire, à la pathologie, à l'hygiène, à la médecine légale, à la philosophie; l'examen des systèmes de Gall et de Lavater, l'étude naturelle des tempéraments, des passions, des caractères et de la phsiognomonie réduite à ses véritables principes : l'histoire complète de la vie, de la mort, de la putréfaction, avec quelques aperçus généraux sur la théorie des races humaines.

Précis pratique et raisonné du Diagnostic,

Contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la dépression, la percussion, l'auscultation, l'odoration, la gustation, les réactifs chimiques, l'interrogation des malades, la description des maladies de la peau, de la bouche, de la gorge, des parties génitales; des altérations du sang, des affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire, etc.;

PAR M. A. RACIBORSKI,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Un fort vol. grand in-18 de 970 pages, 1837. 7 fr.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES,

Par C. M. GIBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lourcine (vénériens-femmes). Paris, 1837. 1 vol. in-18 de 710 pages. 6 fr.

BANDAGES ET APPAREILS A PANSEMENTS,

OU

NOUVEAU SYSTÈME DE DÉLIGATION CHIRURGICALE,

Contenant les moyens simples et faciles de remplacer avec avantage les bandages et la charpie par le mouchoir et le coton; des considérations sur les irrigations continues, les brayers, la chirurgie populaire, les membres artificiels, la résection partielle du pied, les amputations dans les fractures, le compas d'épaisseur; les fractures par la planchette ou l'hyponarthécie sans obliger les malades de garder le lit; le traitement des gibbosités sans lits mécaniques, l'extension des extrémités dans le cas d'ankylose; une nouvelle manière de traiter les ulcères;

PAR MATHIAS MAYOR,

Chirurgien en chef de l'hôpital cantonnal de Lausanne.

Troisième édition, augmentée de Mémoires sur les bassins et les pessaires en fil de fer, les fractures de la clavicule, la cure radicale des hernies et le cathétérisme simple et forcé dans les rétrécissements de l'urètre.

1 fort volume in-8, et atlas in-4 de 16 planches. 1838 7 fr.

Traité élémentaire

DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE,

SUIVI D'UN FORMULAIRE,

Par L. MARTINET,

Agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien chef de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

1 fort volume in-8 de 640 pages. 6 fr.

MARTINET. Manuel de clinique médicale, contenant la manière d'observer en médecine; les divers moyens d'explorer les maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, etc., et de procéder aux investigations cadavériques, avec une méthode d'analyse, appliquée à l'étude du diagnostic, suivi d'un exposé des signes des maladies et d'un précis d'anatomie pathologique; 3e édition, revue, corrigée et augmentée. 1837, 1 vol, in-18. 4 fr. 50 c.

MONOGRAPHIE DES DERMATOSES,

OU PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE

des Maladies de la Peau,

Par M. le baron ALIBERT, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc.

2e édition, revue et augmentée de planches très bien coloriées, représentant 32 espèces de maladies. 2 vol. grand in-8, pap. vélin cavalier. (Edition de luxe.) Paris, 1835, 20 fr.

Le même ouvrage, 1 vol. in-4, avec figures coloriées, renfermant 40 sujets. 1835. 35 fr.

Traité des Maladies de la Matrice,

PAR F. DUPARCQUE,

Docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1839, 2 vol. in-8. 12 fr.

Le tome premier contient les ALTÉRATIONS ORGANIQUES SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE; 2e édition considérablement augmentée. Prix, séparément. 7 fr.

Le tome deuxième comprend l'HISTOIRE COMPLÈTE DES RUPTURES ET DES DÉCHIRURES DE LA MATRICE, DU VAGIN ET DU PERINÉE. Prix séparément. 7 fr.

LEÇONS ORALES

DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Faites à l'hôpital de la Charité,

Par M. le professeur VELPEAU; recueillies et publiées par P. PAVILLON, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1839. 1 vol. in-8. 7 fr.

Ce volume contient les leçons sur les ophthalmies, l'hydrocèle, l'infection purulente, les abcès du sein chez la femme, les abcès iliaques, les luxations de l'humérus, les varices.

TRAITÉ DES MALADIES

de l'Encéphale et de la Moelle épinière,

PAR J. ABERCROMBIE,

premier médecin du roi d'Angleterre pour l'Écosse, traduit de l'anglais, avec des notes très nombreuses, par A.-N. GENDRIN, médecin de l'hôpital de la Pitié.

1 fort volume in-8, de 650 pages. 1835. 7 fr.